



A importância do autocuidado para a manutenção da saúde em comunidade quilombola de Sergipe

The importance of self-care for health maintenance in the quilombola community of Sergipe

R. C. Torres^{1,2*}; P. F. Zeni¹; C. C. C. Oliveira¹; C. M. de Melo³

¹LPPS-ITP - Laboratório de Planejamento e Promoção em Saúde (LPPS), Universidade Tiradentes, Cep: 49032-490, Aracaju-Sergipe, Brasil

²Diretoria acadêmica, Faculdade Estácio de Sergipe – Fase, Cep: 49020-530, Aracaju-Sergipe, Brasil

³Laboratório de Biologia Molecular do LPPS-ITP, Universidade Tiradentes, Cep: 49032-490, Aracaju-Sergipe, Brasil

*ruthcristini@gmail.com

(Recebido em 01 de agosto de 2017; aceito em 15 de janeiro de 2018)

Objetivou-se identificar o nível de entendimento sobre autocuidado para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos de uma comunidade quilombola de Sergipe. A maioria dos sujeitos (70,6%) ignorava o conceito de autocuidado e 27% afirmaram não cuidar da saúde. Diante dos déficits de conhecimento identificados, realizou-se educação em saúde e posterior aplicação de um “mini teste”, onde 90% dos sujeitos responderam adequadamente sobre a definição de autocuidado. Existe a necessidade de evidenciar para as pessoas que, cuidar de si próprio, através de hábitos de higiene, boa alimentação e prática de atividade física, trazem benefícios para a saúde proporcionando melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Autocuidado; Grupo com ancestrais do continente Africano; Educação em saúde

The aim was to identify the level of understanding about self-care for the improvement of the quality of life of individuals from a quilombola community of Sergipe. Most subjects (70.6%) ignored the concept of self-care and 27% answered that don't take care of health. On identified knowledge deficits, health education and subsequent application of a short test, where 90% of the subjects responded adequately on the definition of self-care. There is a necessity to demonstrate to people that take care of themselves, through hygiene, good nutrition and physical activity practice, bring health benefits by providing better quality of life.

Keywords: Self-care; Group with ancestors of the African continent; Health education

1. INTRODUÇÃO

As comunidades quilombolas, remanescentes de quilombos, são usualmente rurais e habitadas por descendentes de escravos, ex-escravos e negros livres. Existem por volta de 2.667 comunidades quilombolas em todo Brasil. No estado de Sergipe existem 31 comunidades quilombolas certificadas pela Fundação Cultural dos Palmares [1], sendo uma delas a comunidade quilombola de Patioba, pertencente ao município de Japarutuba, local de realização do presente estudo.

Tais comunidades fazem parte do patrimônio cultural brasileiro, contudo enfrentam graves problemas relacionados não só aos aspectos culturais, mas também à qualidade de vida e ao acesso à saúde [2], destacando-se a insegurança alimentar e nutricional como um dos problemas de maior evidência [3]. São visíveis as disparidades sociais no âmbito da saúde da população negra, que reivindica, em concordância com a noção de justiça social, a possibilidade de enfrentar as inequidades raciais corroborando com a busca pela universalização do direito à saúde [4].

A partir da premissa que o autocuidado refere-se às práticas cotidianas realizadas por uma pessoa, família ou grupo para cuidar da própria saúde [5], a avaliação do cuidado dos indivíduos de uma população com sua saúde é um indicador importante para identificar quais os fatores de risco para agravos à saúde que a população está exposta, servindo como parâmetro para o planejamento de táticas de promoção da saúde.

A promoção da saúde é uma das principais estratégias para buscar a melhoria da qualidade de vida da população. A qualidade de vida é representada a partir de parâmetros subjetivos, tais como bem-estar, alegria, afeto, prazer, autoestima e também objetivos, no âmbito das necessidades humanas básicas e do grau de desenvolvimento econômico e social de determinada população [6].

A elaboração de estratégias que contemplem, no mínimo, a justiça social é crucial para promover a saúde, visto que a igualdade de direitos e deveres está diretamente relacionada com o princípio da equidade [7] e com a valorização do conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), que define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” [8, p.1]. Neste cenário, vale ressaltar que a Carta de Ottawa [9], que versa sobre a promoção da saúde, destaca que a mesma está associada a um conjunto de valores: qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, entre outros.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde destacou a importância da cooperação de órgãos governamentais, privados e da sociedade civil, para a transformação da situação de saúde no cotidiano da população, buscando a equidade e a prática da cidadania [10].

Durante anos, as estratégias de promoção da saúde foram limitadas a programas que contemplavam temáticas sobre alimentação saudável, violência no trânsito e atividade física. A criação do Programa Saúde da Família (PSF), em 1992, reforçou os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), interligados à promoção da saúde, com a atuação diferenciada das equipes multiprofissionais [11].

No ano de 2006 foi implementada a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) [12] que destacou a necessidade de ações direcionadas para modificações na sociedade, que pudessem influenciar diretamente na situação de saúde da população [13]. Desde então, a PNPS vem sendo constantemente revisada e, em 2014, a sua atualização proporcionou abordagens mais amplas nos conceitos e estratégias, permeando a corresponsabilidade dos indivíduos, pela saúde individual e coletiva, considerando a Promoção da Saúde como ferramenta de promoção do cuidado [14].

Dentre os princípios e valores da PNPS, surgiram o empoderamento, a participação social, autonomia, integralidade, equidade, intersetorialidade, intrasetorialidade sustentabilidade e territorialidade [15], externalizados em um novo objetivo específico: “Promover o empoderamento e a capacidade para a tomada de decisão e a autonomia de sujeitos e coletividades por meio do desenvolvimento de habilidades pessoais e de competências em promoção e defesa da saúde e da vida” [14, p.11].

Aliada à promoção de estilos de vida saudáveis, a promoção de práticas alimentares adequadas são importantes para o enfrentamento dos problemas de saúde da população [16]. Neste cenário, o estímulo da participação dos indivíduos no cuidado com sua própria saúde e da coletividade é um aspecto importante da promoção, entretanto, para o autocuidado ser estimulado, a população precisa ter acesso à informação em saúde para saber como se cuidar e obter uma melhor qualidade de vida.

Vale ressaltar que a mudança no cenário de saúde da população perpassa a ideia de que os sujeitos possuem total autonomia para realizar as medidas de cuidado necessárias para a manutenção da saúde e se não as realiza, é porque provavelmente não querem ou não possuem empenho e interesse. Contudo, deve-se criar possibilidades para o empoderamento e protagonismo destes sujeitos, por meio do envolvimento dos mesmos e da coletividade nas decisões relacionadas com a saúde, da criação de vínculo entre profissional e usuário e do uso de estratégias educação em saúde, enfatizando a construção do conhecimento compartilhado, com saberes diferentes, mas igualmente importantes [17].

Um dos focos da PNPS é de promover um sujeito que seja capaz de gerenciar o cuidado de sua saúde [18], com o apoio dos serviços e profissionais de saúde, com suas vontades e possibilidades dentro do contexto no qual está inserido, mas não restringindo ao foco individual e culpabilizador [17].

Medidas educativas em grupo desempenham um papel relevante na atuação da equipe multidisciplinar de saúde para a promoção do autocuidado [19]. Cabe aos profissionais dessa equipe, como agentes facilitadores do autocuidado, estimularem os indivíduos no cuidado com sua saúde, considerando uma visão holística e humanizada [20]. Portanto, o sujeito se constitui como responsável pelo seu próprio cuidado e da coletividade [21], porém necessita de orientação,

estímulo e motivação, itens extremamente importantes e positivos para o sucesso na melhora da qualidade de vida.

Deste modo, o presente estudo teve como objetivos: identificar o nível de entendimento sobre autocuidado para a melhora da qualidade de vida dos indivíduos de uma comunidade quilombola de Sergipe; realizar educação em saúde sobre autocuidado com base nos déficits de conhecimento da população amostral.

2. MÉTODO

Realizou-se um estudo com abordagem quantitativa e intervencionista. A amostra contemplou os indivíduos residentes na comunidade quilombola de Patioba, Sergipe, no período do estudo, com idade a partir de 18 anos, que concordaram em participar da pesquisa. Foram excluídos os sujeitos que não encontravam-se em casa nos dias e horários de realização das entrevistas.

A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário semiestruturado, previamente validado [22], que abrangeu dados de identificação do sujeito, perguntas abordando os temas de cuidado com a saúde, alimentação e autocuidado. Foi submetido a um pré-teste, com dez indivíduos da comunidade quilombola de Patioba, com intuito de avaliar a adequação do instrumento, o tempo de aplicação e as dificuldades de compreensão por parte dos entrevistados. As entrevistas foram realizadas nas residências das 160 famílias da comunidade quilombola de Patioba, nos meses de janeiro e fevereiro de 2015.

Como desfecho primário do estudo, para a avaliação do nível de conhecimento sobre o termo “autocuidado”, foi considerada como resposta adequada “é cuidar de si mesmo” [5]. A fim de facilitar a identificação dos sujeitos e a localização de suas falas durante as análises, os mesmos foram identificados pela letra “S” seguida de um número obedecendo a ordem de participação no estudo, caso houvesse necessidade de transcrever literalmente algum discurso.

Para a decodificação do conteúdo das falas dos participantes, foi realizada inicialmente a transcrição e pré-análise das respostas, que posteriormente foram separadas em categorias por similaridade de significado. Em seguida foi realizada a exploração dos conteúdos, interpretações, inferências e o tratamento dos resultados [23].

A partir da identificação o nível de entendimento sobre autocuidado dos entrevistados, realizou-se dois momentos de educação em saúde, que foram planejados abrangendo as lacunas de conhecimento, visando possibilitar o acesso à informação como ferramenta de promoção da saúde. Foram utilizados vídeos, cartazes ilustrativos, dinâmicas de grupo e jogos de enigmas sobre autocuidado, prevenção de doenças, prática de atividade física e alimentação adequada. Os participantes receberam o convite em suas residências e por meio dos agentes comunitários de saúde da Unidade Básica de Saúde que assiste a comunidade quilombola de Patioba.

Após a educação em saúde aplicou-se um “mini teste” estruturado, baseado na Política Nacional de Promoção da Saúde [14] e nas dicas em saúde e qualidade de vida do Ministério da Saúde [24], composto por quatro questões, contendo perguntas de múltipla escolha, sobre o que é autocuidado, quais as medidas que podem ser tomadas para se ter uma alimentação adequada, qual a importância da atividade física e o que você deve fazer para prevenir doenças.

Foi realizada análise estatística com distribuição de frequência das variáveis relacionadas ao autocuidado de acordo com os fatores sociodemográficos, sendo aplicado do teste Qui-Quadrado, com nível de significância de $p < 0,05$, para verificar as diferenças entre essas associações, por meio do programa Statistical Package For the Social Sciences for Windows, SPSS versão 16.0.

A pesquisa foi submetida à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tiradentes, sendo aprovada sob o nº 020512. Foram cumpridos os requisitos apresentados na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que versa sobre pesquisas desenvolvidas com seres humanos. Todos os participantes concordaram em participar da pesquisa por meio da assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi mantido o anonimato dos sujeitos, bem como o sob sigilo absoluto dos dados coletados, durante e após o término do estudo.

3. RESULTADOS

A amostra selecionada para o estudo foi composta por 323 (100%) indivíduos da comunidade quilombola de Patioba-SE, maiores de 18 anos. Não fizeram parte do estudo, 3 (0,92%) que não concordaram em participar da pesquisa e 53 (14,6%) que não encontravam-se em sua residência nos dias e horários da coleta de dados. A amostra total do estudo abrangeu 267 (82,6%) entrevistados.

Houve participação de 70,8% de mulheres, com predominância na faixa etária de 18 a 26 anos e 29,2% de homens, predominando a faixa etária entre 18 e 19 anos. Dentre os pesquisados, 53,2% dos pesquisados eram casados, 43,1% solteiros, 2,2% viúvos e 1,5% divorciados.

Ao verificar a cor/raça da população amostral, a partir da autodeclaração, percebeu-se a predominância de negros 61,8%, seguidos de 32,6 % pardos, 2,6% amarelos, 2,2% brancos e somente 0,7% índios, o que já era esperado devido à ancestralidade africana da comunidade quilombola.

Nas respostas sobre autocuidado, 70,6% desconhecem o conceito ($p < 0,001$). Constatou-se que 29,2% mulheres afirmam saber o que é autocuidado frente à 29,5% dos homens, sem diferença significativa ($p = 0,950$) entre os sexos.

Entretanto, nas respostas descritivas sobre o que é autocuidado, considerando o total amostral por gênero, observa-se que 24% das mulheres e apenas 16,6% dos homens definiram autocuidado como é *“cuidar de si mesmo”*, resposta considerada adequada.

Alguns discursos sobre a compreensão do autocuidado merecem ser considerados: *“Tomar bastante líquido, se alimentar e ir fazer exames de sangue no posto médico”* (S2); *“se cuidar bem, se tratar direito, cuidar da saúde e alimentação”* (S23); *“é escovar os dentes todos os dias”* (S51, S164, S165, S175, S176); *“é evitar/prevenir doenças”* (S72, S184); *“ter boa higiene pessoal”* (S73, S92, S124); *“é cuidar da casa e dos filhos”* (S98); *“é se cuidar e arrancar os dentes estragados”* (S109); *“é mais que cuidado, é observação; não se cuidar é falta de higiene”* (S151).

Percebeu-se que os sujeitos possuem entendimentos diferentes sobre autocuidado, entretanto, todos os discursos possuem parte do conceito. Ao analisar a definição de saúde da OMS [8], compreende-se que saúde envolve questões de bem estar físico, mental, social e o autocuidado faz parte deste contexto. Desde modo, quando um indivíduo alega que autocuidado é *“cuidar da casa e dos filhos”* (S98), esta afirmação é pertinente, pois se um indivíduo possui filhos com saúde e a moradia adequada, consequentemente esses fatores contribuirão para a manutenção de sua saúde, autocuidado e qualidade de vida.

No âmbito do autocuidado relacionado aos hábitos alimentares, 58,2% das mulheres e 51,2% dos homens afirmaram controlar a sua alimentação, sem diferença significativa entre os sexos ($p = 0,300$). Não basta o indivíduo alegar que controla a sua alimentação para afirmar que este possui uma alimentação saudável, pois não se sabe o que o sujeito entende por *“controlar sua alimentação”*. Deste modo, os entrevistados foram questionados sobre a referida temática (tabela 1), onde as descrições mais frequentes foram: *“Não controlo a minha alimentação”* 43,8%, seguida de 16,1% *“como pouca gordura/fritura”* e de 15% *“faço dieta”*.

Outros relatos de como os participantes controlam sua alimentação são relevantes: *“Como verdura, sopinha sem gordura, não como carne de boi e macarrão. Só comidinha leve para não engordar”* (S106); *“pela manhã como cuscuz, ovos, pão; meio dia, um pouco de feijão; a noite um cafezinho ou chá”* (S121); *“não como gordura, massa, nem nada pesado”* (S127); *“assim, eu não como nada diferente. As vezes não quero comida e como lanche”* (S128); *“não como muito porque não posso engordar; só como o que posso comer* (S130); *“não exagero para não engordar, nem deixo de me alimentar.”* (S134); *“procuro comer coisas mais saudáveis, não comer tanta besteira e gordura”* (S151).

A maioria das falas sobre o controle da alimentação evidenciaram que os indivíduos associam o controle da alimentação com ganho de peso e/ou consumo de gordura, e não ao fato de que possuir uma alimentação saudável contribui para uma boa qualidade de vida.

Na avaliação de como os indivíduos cuidavam de sua saúde, 40,5% relataram ir ao médico e/ou realizar atividade física regular e/ou ter boa alimentação como medida de prevenção de doenças, 30% não cuidam ou não sabiam explicar, 16,1% alegaram ter boa alimentação/higiene

e/ou fazer atividade física regular, 13,4% relataram o cuidado de sua saúde diferente das citações anteriores apresentados na tabela 2.

Tabela 1: Distribuição de indivíduos, de acordo com as medidas para controle da alimentação realizadas –comunidade quilombola de Patioba-Japaratuba-SE- 2015

Como controla sua alimentação?	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
As vezes como bem	3	1,1
Como com horários certos	8	3,0
Tenho uma alimentação rica em frutas, legumes e vegetais	11	4,1
Como pouca gordura/fritura	43	16,1
Como pouco sal e/ou açúcar e gordura	26	9,8
Evito comer massa	3	1,1
Faço dieta	40	15,0
Não controlo a minha alimentação	117	43,8
Não sei explicar	16	6,0
Total	267	100,0

Tabela 2: Distribuição de indivíduos, sobre o cuidado com a saúde–comunidade quilombola de Patioba-SE- 2015

Como cuida de sua saúde?	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Durmo bem	1	0,4
Faço higiene dos alimentos	1	0,4
Não cuido ou não sei explicar	80	30
Tenho boa alimentação/higiene e/ou faço atividade física regular	43	16,1
Tomo insulina para diabetes ou remédios de uso contínuo	4	1,5
Tomo remédios e faço exames regularmente	2	0,7
Vou ao médico e/ou faço atividade física regular e/ou tenho boa alimentação	108	40,5
Vou ao médico quando doente e tomo remédios	28	10,4
Total	267	100,0

Diante dos déficits de conhecimento sobre autocuidado identificados na população amostral, foram implementadas as ações de educação em saúde. Após a aplicação do “mini teste”, 90% dos indivíduos responderam corretamente sobre a definição de autocuidado, 7% responderam que autocuidado é prevenir doenças e apenas 3% não responderam adequadamente a pergunta, o que reflete em uma melhora significativa da compreensão desse conceito ($p < 0,001$), mostrando a importância da educação em saúde.

Sobre quais são as medidas que podem ser tomadas para o cuidado com a alimentação, 85% dos sujeitos responderam corretamente, que deve-se “ingerir frutas, verduras e legumes, reduzir o consumo de carnes gordurosas e alimentos com excesso de sal, evitar as frituras em geral, reduzir o consumo de bebidas alcoólicas e refrigerantes, evitar o consumo exagerado de açúcar e ingerir água em boa quantidade” [25].

Na questão sobre a prática de atividade física, 79% das respostas foram adequadas, previam “a prática de exercícios físicos regularmente, no mínimo 3 vezes na semana, para a prevenção de doenças do coração, hipertensão, diabetes, entre outras” [26]. Em relação à como prevenir doenças, 88% optaram pela resposta apropriada, “ter boa higiene (tomar banho, escovar os dentes, cortar as unhas, e lavar as mãos...), dormir bem, ter uma boa alimentação e praticar atividade física regular” [24]. Desde modo, pôde-se verificar se os conceitos chave foram entendidos pela maioria dos participantes.

4. DISCUSSÃO

Entendimento sobre autocuidado pelos entrevistados

Apesar de indivíduos de ambos os sexos da amostra afirmarem em proporção semelhante saberem o que é autocuidado, esta afirmação não reflete o real conhecimento sobre o conceito em questão. No entanto, isso não significa que eles não realizam o autocuidado, o qual, provavelmente, é externalizado com outra denominação ou expressão.

Os participantes entendem autocuidado de maneiras muito distintas comprovando a necessidade de orientação sobre este conceito na comunidade quilombola de Patioba, por meio da implementação de uma intervenção educativa. Tavares e Silva (2014) [27], relataram que uma ferramenta importante para a redução das iniquidades sociais das populações vulneráveis e para a promoção de políticas públicas relevantes, é a contribuição dos profissionais de saúde para o empoderamento das populações sobre os temas de saúde e bem-estar, por meio da educação em saúde.

Para promover a saúde por meio de estratégias educativas, deve-se levar em consideração o modo de vida da população alvo. Patrocínio e Pereira (2013) [28], destacaram que a educação popular ganha seriedade, pois os conteúdos e orientações abordados são baseados no conhecimento da população previamente identificado e no cenário em que vivem os indivíduos.

A partir do momento que os indivíduos tenham acesso à informação em saúde e possuam meios de promover o autocuidado para prevenir agravos à saúde, poderiam ser responsabilizados por este cuidado.

Existe um predomínio de mulheres que tem conhecimento sobre autocuidado, provavelmente por serem consideradas cuidadoras em uma condição construída pela sociedade de que a mulher precisa cuidar da casa e dos filhos. Estas mulheres podem ser incentivadas, por meio de visitas domiciliares dos agentes de saúde e enfermeiros, a multiplicarem este conhecimento entre os indivíduos da comunidade, principalmente em seu próprio ambiente familiar, contribuindo para a melhora do autocuidado na população do estudo.

O cuidado com a saúde e alimentação como medida de autocuidado

A maioria das respostas sobre como os indivíduos controlam sua alimentação demonstram certa compreensão dos entrevistados, pois os discursos abordam a baixa ingestão de sal, açúcar e gorduras, assim como a ingestão frequente de legumes, frutas e verduras. Portanto, os indivíduos reconhecem que, conforme Burity et al. (2010) [25], uma alimentação saudável dentre outros elementos deve conter frutas, legumes e verduras que são ricos em vitaminas, minerais e fibras, pois contribuem para a proteção à saúde e diminuição do risco de ocorrência de várias doenças.

Em um estudo realizado com usuários de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) em Minas Gerais sobre o aconselhamento referente a modos saudáveis de vida e práticas alimentares, identificou-se um perfil alimentar e de saúde inadequado dos indivíduos, sugerindo a realização de

orientação sobre hábitos saudáveis de vida, buscando a prevenção, controle de agravos, promoção da saúde e conseqüentemente, melhora da qualidade de vida da população [29].

As respostas relativas às descrições de cuidado com a saúde, assim como as inerentes ao controle da alimentação apresentaram um padrão de semelhança entre um ou mais itens constantes nas respostas. Isto demonstra que os indivíduos praticam ações de autocuidado com a saúde, contudo, não sabem definir adequadamente o que significa autocuidado.

A realização regular de exames por uma parcela dos entrevistados, evidencia uma preocupação com a prevenção e diagnóstico precoce de doenças. Este resultado é reforçado pelo estudo de Brito e Camargo (2011) [30] que buscaram conhecer as representações sociais de saúde, as crenças relativas aos cuidados com a saúde, com a adoção de comportamentos saudáveis para homens e mulheres (n=638), no qual 61% da amostra afirmaram que realizavam exames periódicos, metade relatou ir ao médico quando doente e somente 1,6% afirmaram não realizar nenhum tipo de cuidado com a saúde.

Em um trabalho realizado por Mendonça e Menandro (2010) [31] sobre o cuidado com a própria saúde de estudantes da área da saúde, grande parte dos indivíduos associaram o cuidado com a saúde com o fato de procurar um serviço de saúde ou médico, e alguns citaram a ida ao dentista. Somente 17,5% relataram como ações de cuidado com sua saúde a ida ao médico quando está doente e/ou a realização de exames periódicos, perfil diferente com o do presente estudo, demonstrando que mesmo com acesso à informação, no caso dos estudantes citados, nem sempre o autocuidado com a saúde é adequadamente realizado. O resultado abrange uma compreensão medicalizada da saúde, o que não acontece com os quilombolas, apesar de existir familiaridade da presente pesquisa e do estudo citado.

Medidas para uma vida saudável

Rocha et al. (2013) [32] afirmaram que a saúde pode ser preservada pela prática regular de atividade física e que o sedentarismo é condição indesejável e representa risco para a saúde. A prática de atividade física, torna-se importante para a promoção da saúde e qualidade de vida da população. O sedentarismo associado com o fumo e a dieta inadequada, são fatores de risco agravantes para o desenvolvimento de doenças como cardiopatias, hipertensão, diabetes mellitus e obesidade [33].

Ao considerar o relato de prática de atividade física por 151 (56,6%) sujeitos, torna-se necessária a promoção da atividade física na população amostral visto que é uma medida importante para a manutenção da saúde. Vale ressaltar que em um estudo semelhante [30], 71,8% (n=638) dos participantes relataram que fazer exercícios regulares é importante para se cuidar da saúde.

As doenças crônicas podem se desenvolver a partir de modos de vida, sendo considerados fatores de risco a alimentação inadequada, a falta de atividade física e o tabagismo. O sedentarismo tem sido considerado como o fator de risco mais prevalente na população, independentemente do sexo. Associada a pouca atividade física, a alimentação inadequada vem contribuindo para aumentar o número de obesos [34]. Deste modo, deve ser realizado um trabalho educativo e de orientação de hábitos de vida saudáveis com os 6,4% dos indivíduos que praticam somente atividade física regular como medida para o cuidado com a saúde.

A adoção de hábitos alimentares saudáveis e a prática regular de atividade física tornam-se ferramentas importantes para a redução das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) importantes a serem desenvolvidas na saúde pública, e autores como Burity et al. (2010) [25] ressaltaram que estas ações deveriam ser priorizadas nas comunidades menos privilegiadas socialmente, como a comunidade quilombola de Patioba-SE. Corroborando com os referidos autores, Rocha et al. (2013) [32], citaram que a alimentação inadequada, falta de atividade física, o consumo de álcool e o tabagismo são os fatores de risco para as DCNT mais prevalentes nas classes sociais menos favorecidas da população.

Neste contexto, começou-se a valorizar a responsabilização das pessoas no cuidado da sua própria saúde, resultado, em grande parte, devido à modificação do padrão de doença, de aguda para crônica [5]. Torna-se relevante também a participação dos sujeitos no contexto do cuidado com a saúde da coletividade, considerando o ambiente e a infraestrutura no qual estão inseridos, visando nortear as estratégias de promoção e melhoria das condições de saúde da população.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verificou-se na fala dos entrevistados o relacionamento entre o cuidado em relação à sua saúde e a busca por serviços médicos quando há um processo patológico presente. É preocupante, os poucos participantes que efetuam alguma medida de prevenção dos agravos à saúde, seja através de exames periódicos, exercícios físicos ou de controle alimentar.

O relato de prática de atividade física por uma parcela importante dos indivíduos demonstra que as pessoas estão ouvindo que atividade física regular faz bem para a saúde e estão praticando, o que melhora a condição de saúde atuando como fator de prevenção contra inúmeras doenças.

Existe a necessidade de evidenciar para as pessoas que cuidar de si próprio, através de hábitos simples de higiene, boa alimentação, prática de atividade física regular e lazer, trazem benefícios para a saúde proporcionando melhor qualidade de vida.

Houve uma melhora do entendimento sobre os conceitos abordados após a intervenção educativa, pois o perfil inicial identificado nestes indivíduos foi de desconhecimento acerca das diversas atitudes que devem ser praticadas para melhoria da saúde.

Como desfecho secundário, sugere-se a implementação de estratégias contínuas de promoção e educação em saúde, sobre alimentação saudável, cuidados com a saúde relacionados à exercícios físicos, realização de exames periódicos e autocuidado corporal, na população quilombola de Patioba.

6. REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Cultura. Fundação Cultural dos Palmares (FCP). Certidões expedidas às comunidades remanescentes de quilombos (CRQs). Brasília (DF): FCP [Internet]. 2017. Disponível em: <<http://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/2017/04/CCERTID%C3%95ES-EXPEDIDAS-%C3%80S-COMUNIDADES-REMANESCENTES-DE-QUILOMBOS-25-04-2017.pdf>> Acesso em: 20 mai. 2017.
2. Sousa LM, Martins KA, Cordeiro MM, Monego ET, Silva SU, Alexandre VP. Alimentação escolar nas comunidades quilombolas: desafios e potencialidades. *Cienc Saúde Colet*. 2013;18(4):987-992.
3. Santos KMP, Garavello MEPE. Segurança alimentar em comunidades quilombolas de São Paulo. *Segurança Alimentar e Nutricional*, Campinas. 2016;23(1):786-794, doi:<http://dx.doi.org/10.20396/san.v23i1.8646390>.
4. Faustino DM. A universalização dos direitos e a promoção da equidade: o caso da saúde da população negra. *Cienc Saúde Colet*. 2017;22(12):3831-3840. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320172212.25292017>.
5. Richard A, Shea K. Delineation of Self-Care and Associated Concepts. *J Nurs Scholarsh*. 2011;43(3):255-64, doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1547-5069.2011.01404.x>.
6. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Cienc Saúde Colet*. 2000;5(1):7-18, doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000100002>.
7. Sousa IV, Brasil CCP, Silva RM, Vasconcelos DP, Silva KA, Bezerra IN, Finan T. Diagnóstico participativo para identificação de problemas de saúde em comunidade em situação de vulnerabilidade social. *Cien Saúde Colet*. 2017;22(12):3945-3954. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320172212.25012017>.
8. Who (World Health Organization). Constitution of the World Health Organization. Basic Documents. WHO. Geneva. 1946.
9. Who (World Health Organization). Carta de Ottawa, p.11-18. In: Brasil. Ministério da Saúde/FIOCRUZ. Promoção de saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Ministério da Saúde/IEC, Brasília; 1986.
10. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Relatório Final 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: MS; 1986.
11. Buss PM, Carvalho AI. Desenvolvimento da Promoção da Saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). *Cienc. Saúde Colet*. 2009;14(6):2305-2316.
12. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: MS; 2006.
13. Guerra VA, Rezende R, Rocha DG, Silva KR, Akerman M. Oficina como um exercício de aprendizagem e de escuta colaborativa: o caso da Revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde.

- ABCS Health Sci. 2015;40(3):352-359.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 36 p.
 15. Minowa E, Watanabe HAW, Nascimento FA, Andrade EA, Oliveira SC, Westphal MF. Contribuição das universidades na revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde. *Saúde Soc. São Paulo*, Ahead of print, 2017. doi:10.1590/S0104-12902017169405.
 16. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome - MDS (BR). Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas. [Internet]. 2012. Disponível em: <https://www.ideiasnamesa.unb.br/files/marco_EAN_visualizacao.pdf> Acesso em 24 mai. 2017.
 17. Carvalho FFB, Cohen SC, Akerman M. Refletindo sobre o instituído na Promoção da Saúde para problematizar 'dogmas'. *Saúde Debate*. 2017;41(3): 265-276.
 18. Karlsen MP, Villadsen K. Health Promotion, Governmentality and the Challenges of Theorizing Pleasure and Desire. *Body & Society*. 2016;22(3):3-30, doi:<http://dx.doi.org/10.1177/1357034X15616465>.
 19. Souza MGG, Santos I, Silva LA. Educação em saúde e ações de autocuidado como determinantes para prevenção e controle do câncer. *J Res Fundam Care*. 2015;7(4):3274-3291, doi:<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i4.3274-3291>.
 20. Thum MA, Ceolin T, Borges AM, Heck RM. Saberes relacionados ao autocuidado entre mulheres da área rural do Sul do Brasil. *Rev Gaucha Enferm*. 2011;32(3):576-582, doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000300020>.
 21. Silva PFA, Baptista TWF. A Política Nacional de Promoção da Saúde: texto e contexto de uma política. *Saúde debate*. 2015;39(no.spe):91-104, doi:<http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005327>.
 22. Meneses RCT, Zeni PF, Oliveira CCC, Melo CM. Promoção de saúde em população quilombola nordestina - análise de intervenção educativa em anemia falciforme. *Esc Anna Nery*. 2015;19(1):132-139, <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150018>.
 23. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa (POR): Edições 70; 2009.
 24. Brasil. Ministério da Saúde. Dicas em Saúde: Qualidade de vida. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. [Internet]. 2013. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/dicas/260_qualidade_de_vida.html Acesso em: 10 mai. 2017.
 25. Burity V, Franceschini T, Valente F, Recine E, Leão M, Carvalho MF. Direito humano à alimentação adequada no contexto da segurança alimentar e nutricional. Brasília, DF: Ação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos (ABRANDH); 2010. 204 p.
 26. Polissení MLC, Ribeiro LC. Exercício físico como fator de proteção para a saúde em servidores públicos. *Rev Bras Med Esporte*. 2014;20(5):340-344. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/1517-86922014200502114>.
 27. Tavares RB, Silva HP. Educação em saúde e ambiente em comunidades quilombolas do Pará/Brasil. *Revista Margens Interdisciplinar*. 2014;8(11):131-144, doi: <http://dx.doi.org/10.18542/rmi.v8i11.3246>.
 28. Patrocínio WP, Pereira BPC. Efeitos da educação em saúde sobre atitudes de idosos e sua contribuição para a educação gerontológica. *Trab Educ Saúde*. 2013;11(2):375-394, doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462013000200007>.
 29. Andrade KA, Toledo MTT, Lopes MS, Carmo GES, Lopes ACS. Aconselhamento sobre modos saudáveis de vida na Atenção Primária e práticas alimentares dos usuários. *Rev Esc Enferm. USP*. 2012;46(5):1117-24, doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000500012>.
 30. Brito AMM, Camargo BV. Representações sociais, crenças e comportamentos de saúde: um estudo comparativo entre homens e mulheres. *Temas em Psicologia*. 2011;19(1):283-303.
 31. Mendonça VS, Menandro MCS. O cuidado com a própria saúde: Representações e práticas de futuros profissionais da saúde. *Rev Elect de Psicologia Política*. 2010;8(22):116-128.
 32. Rocha SV, Almeida MMG, Araújo TM, Santos LB, Rodrigues WKM. Fatores associados à atividade física insuficiente no lazer entre idosos. *Rev Bras Med Esporte*. 2013;19(3):191-195.
 33. Folle A, Farias G. Nível de qualidade de vida e de atividade física de professores de escolas públicas estaduais da cidade de Palhoça (SC). *Rev. Mackenzie de Ed. Fís. e Esp*. 2012;11(1):11-21.