

AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA COMUNIDADE DE PESCADORES MANGA - MA

Phellype Kayyaã Luz¹
Diego de Sousa Pontes²
Felipe Moreira Nunes³
Mauro Sérgio Cruz Souza Lima⁴
Izabel Cristina Falcão Juvenal Barbosa⁵

RESUMO

Este trabalho descreve ações de promoção da saúde para à prevenção de doenças e agravos na comunidade Manga, estado do Maranhão e Piauí. Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória, por meio da técnica de pesquisa-ação, realizada com 45 moradores, aprovada pelo CEP N° 0214.0.045.000-11. Realizou-se um diagnóstico situacional em seguida, aplicou-se 04 oficinas sobre: saúde alimentar; Hipertensão arterial; Diabetes mellitus e saúde mamária. As oficinas elevaram o conhecimento da população, possibilitaram a discussão do processo saúde e doença e elucidaram dúvidas da comunidade em relação aos temas trabalhados. Ações de promoção da saúde constituem um forte instrumento para empoderamento educacional do processo saúde e doença.

Palavras chaves: Promoção da saúde. Educação em saúde. Enfermagem.

1 INTRODUÇÃO

Historicamente, a atenção à saúde no Brasil tem investido na formulação, implementação e concretização de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde. Neste sentido existe um grande esforço na construção de um modelo de atenção à saúde que priorize ações de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e coletivos (BRASIL, 2006a).

A promoção da saúde como estratégia de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado com às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde (BRASIL, 2002).

¹ Graduado em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí, Professor do Colégio Técnico Federal do Piauí, lotado no núcleo de enfermagem. E-mail: phellypppe@yahoo.com

² Acadêmico de enfermagem pela Universidade Federal do Piauí, Campus Amílcar Ferreira Sobral UFPI/CAFS. Floriano, Piauí, Brasil E-mail: diego_intersp@hotmail.com

³ Acadêmico de enfermagem pela Universidade Federal do Piauí, Campus Amílcar Ferreira Sobral UFPI/CAFS. Floriano, Piauí, Brasil E-mail: felipezzmoreira@hotmail.com

⁴ Biólogo, doutorado em biologia animal, docente adjunto da Universidade Federal do Piauí, Campus Amílcar Ferreira Sobral, Floriano, Piauí, Brasil E-mail: Slmauro@ufpi.Edu.br

⁵ Enfermeira, Doutorado em Enfermagem, docente do curso bacharelado em enfermagem na UPFPI/CAFS. Floriano, Piauí, Brasil. E-mail: izabelbarbosa@ufpi.edu.br

Propõe-se, então, que as intervenções em saúde ampliem seu escopo, tomando como objeto os problemas e as necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes de saúde, de modo que a organização da atenção e do cuidado envolva, ao mesmo tempo, as ações e os serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e aqueles que visem ao espaço para além dos muros das unidades de saúde e do sistema de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e das coletividades no território onde vivem e trabalham (BUSS; CARVALHO, 2009).

Entende-se, portanto, que a promoção da saúde é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no Brasil, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defenda radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle social na gestão das políticas públicas (BRASIL, 2002).

Estudos realizados por Alessi e Navarro (1997) e Andrade e Nagy (2004) evidenciam que quando as ações de promoção da saúde são implementadas na zona rural ocorre uma melhora significativa dos indicadores de saúde da comunidade local, que estão diretamente relacionados à baixa escolaridade, escassez de acesso a água encanada, falta de acesso aos serviços de saúde, dentre outros.

Czeresnia e Freitas (2011) destacam grandes impactos na população rural, por meio de ações de saúde, que buscam mudanças de comportamento dos indivíduos e da coletividade, ao propiciar a aquisição de conhecimentos relacionados com a medicina preventiva por meio da educação em saúde.

Diante das dificuldades de acesso aos serviços de saúde pelo homem do campo, as ações de promoção da saúde tornam-se pertinentes uma vez que, promove a qualidade de vida, reduz a vulnerabilidade e os riscos à saúde por meio da elucidação dos determinantes e condicionantes do processo saúde e doença.

Neste contexto, a promoção da saúde pode ser compreendida como uma estratégia de enfrentamento para os diversos problemas que acometem o homem da zona rural e urbana. Portanto, a promoção da saúde é uma concepção ampla que propõe a articulação de saberes técnicos e populares além da mobilização de recursos institucionais, comunitários, públicos e privados para o seu enfrentamento e resolução dos problemas vivenciados (BUSS; CARVALHO, 2009).

Baseando-se no conhecimento da vulnerabilidade do homem do campo, relacionadas aos condicionantes políticos, sociais, históricos e econômicos inerentes desta população,

objetivou-se transcender os muros institucionais da universidade para desenvolver ações na perspectiva da promoção da saúde utilizando como ferramenta de trabalho, as oficinas educativas visando a prevenção de doenças e agravos à saúde.

2 MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória, realizada entre os meses de março a dezembro do ano de 2013, utilizando a técnica de pesquisa-ação. De acordo com Engel (2000), a pesquisa ação, visa desenvolver o conhecimento e a compreensão como parte da prática, intervindo nesta, de modo inovador durante o processo da pesquisa e não apenas como possíveis recomendações na fase final do projeto.

Nesse contexto, Minayo (2012) e Gil (2010) afirmam que a pesquisa descritiva descreve com exatidão os fatos de determinada realidade enquanto que a exploratória permite ao investigador aumentar sua experiência em torno de um determinado problema, Thiollent (2011) considera a pesquisa ação como uma pesquisa social que possui uma base empírica realizada a partir da estreita relação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo.

Em primeira instância, realizou-se um diagnóstico situacional da saúde da comunidade. A comunidade Manga pertence ao município de Florianópolis e Barão de Grajaú Maranhão. Residem ali, 40 famílias que subsistem da pesca e lavoura familiar, moram em residência de adobe, e tem sua economia movimentada em torno da pesca, agricultura, benefícios sociais, criação de suínos e caprinos.

A agricultura é uma característica marcante devido a uma espécie de ritual que parte desde a derrocada das árvores de pequeno e médio porte até a combustão, favorecendo a limpeza do terreno para logo após dar início à preparação do solo para o plantio (SANTOS; VIEIRA; PEREIRA, 2012).

Já a pesca é tradicional na localidade, devido à mesma ser praticada às margens do rio Parnaíba. Tem como figura principal o piau, o peixe mais comercializado no local, o que de fato foi constatado durante a realização da pesquisa. A criação de suínos e caprinos é extensiva, pois há um enorme número destes animais soltos nas ruas do povoado. O ponto turístico mais atrativo da comunidade em estudo se faz presente na silhueta do rio, que banha o lugar (SANTOS; VIEIRA; PEREIRA, 2012).

Apesar da existência de uma Unidade Básica de Saúde na região, a UBS não conta com assistência contínua de serviços de saúde pela falta de profissionais, insumos e demais recursos necessários ao funcionamento de uma UBS.

Demes (2003) afirma que no passado da região, existia em suas terras uma fazenda, que pertencia a um casal de católicos que doou uma parte de suas terras à igreja católica, que tem como padroeira Nossa Senhora da Conceição. Nas terras dessa fazenda havia repartições às quais eram identificadas por números, como por exemplo: Manga um, Manga dois, Manga três. Quando esta localidade se tornou povoado, ficou apenas como Manga.

Para a caracterização das condições de saúde desta clientela fez-se necessário à aplicação de questionários com lideranças da comunidade e agentes comunitários de saúde e moradores locais. Perguntou-se no questionário: quantidade de postos de saúde e escolas na comunidade, como é dado o funcionamento dos mesmos, doenças endêmicas e epidêmicas na região e características sociais e demográficas da população. As oficinas foram realizadas em dois espaços: uma sala de aula de um colégio e o outro, um salão de reunião onde a comunidade se encontra para debater problemas e demais assuntos de seu interesse.

Após o levantamento das condições de vida e de saúde da comunidade observou-se as temáticas mais relevantes das ações de saúde, a saber: Hipertensão arterial, Diabetes mellitus, alimentação saudável e câncer de mama. De posse destas temáticas, traçou-se um plano estratégico para que a implementação destas ações não fossem verticalizadas, excludentes e distantes da realidade da população, que culminou em quatro oficinas a saber, respectivamente: Promovendo saúde alimentar na comunidade Manga; Ações de promoção da saúde na Hipertensão arterial e no Diabetes mellitus; Ações de promoção da saúde mamária.

As ações foram elaboradas com pretensão de problematizar o conhecimento das pessoas envolvidas sobre sua realidade, através de dinâmicas que instigassem os moradores a verbalizar palavras geradoras e norteadoras das ações de saúde, com o intuito de demonstrar como se dá o processo saúde/doença dos problemas diagnosticados.

Nesse contexto, torna-se pertinente discorrer sobre o que são palavras geradoras na perspectiva freiriana. Palavras geradoras é um processo proposto por Paulo Freire que se inicia pelo levantamento do universo vocabular consistindo, portanto, em levantar o pensamento-linguagem a partir da realidade concreta para elaborar codificações específicas para cada comunidade (FREIRE, 2004).

Cabe destacar que durante a realização destas oficinas optou-se por não adotar critérios de exclusão para participação de moradores nas oficinas. Tendo em vista, que se pretendia alcançar e beneficiar o maior número de moradores da zona rural.

Na perspectiva teórica e educacional a equipe responsável pela execução das oficinas elaborou estratégias de memorização e aprendizado que não se resumiam meramente em aulas expositivas através de slides dentre tais cita-se: dinâmicas coletivas, perguntas geradoras de discussão e situações problemas.

Partindo do princípio de que pessoas diferentes aprendem de forma diferente e para fins de dinamização das oficinas as temáticas propostas e mencionadas anteriormente contemplavam os seguintes aspectos: conceitos relacionados, aspectos epidemiológicos, fatores de riscos, determinantes sociais de saúde, mitos e tabus, ações de detecção precoce e de promoção da saúde e o empoderamento teórico para o autocuidado prático preventivo.

Para o levantamento e a consolidação de informações referentes ao conhecimento anterior e posterior a oficina, aplicou-se um questionário fechado (pré-teste e pós-teste), para mensurar o grau de conhecimento antes e depois das oficinas educativas. Destaca-se que ambos os roteiros contemplavam questões relacionadas às especificidades de cada oficina. Além destes instrumentos, todas as oficinas foram avaliadas pelos participantes que fizeram considerações pertinentes quanto à temática, metodologia da oficina, recursos utilizados, local da realização das oficinas.

Como parâmetro, calculou-se a média de acerto do pré e pós-teste das quatro oficinas e adotou-se para finalidade comparativa dos conhecimentos obtidos durante as oficinas, a seguinte escala: baixo conhecimento (acertos < 50%), médio conhecimento (acertos entre 50 % a 75%) e alto conhecimento (acertos > 75%).

Ainda com o intuito de considerar as quatro oficinas como um todo, isto é, como uma grande ação interventiva, também se calculou a média das avaliações realizadas, tendo em vista ainda, que as oficinas tiveram percentual avaliativo semelhante. Os dados foram organizados em tabelas e discutidos de acordo com a teoria pertinente. Cabe ressaltar, que o a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Piauí com o número de protocolo: 0214.0.045.000-11.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante a realização das oficinas participaram quarenta e cinco (45) moradores (as) da zona rural da comunidade Manga, no período de março a dezembro de 2013. A média de idade da população assistida foi de 44 anos, 77,7% dos (das) participantes das oficinas referiram renda inferior a 1 salário mínimo e tal renda é devido ao Bolsa Família, benefício social do Governo Federal para pessoas de baixa renda. Os 22,3% que recebem >1 SM são de

grande maioria aposentados. 35,5% e 33,3% afirmaram que possuíam respectivamente o ensino fundamental incompleto e completo, respectivamente, 40% do lar e outros 40% trabalham na lavoura, 80% se denominaram católicas (Tabela 1).

Tabela 1- Distribuição do perfil socioeconômico dos moradores da comunidade Manga assistidos pelas oficinas. (N=55). Florianópolis-PI, 2013.

	MÉDIA	TIPO	Nº	%
Participantes	-	-	45	100
Escolaridade	-	Fundamental Incompleto	16	35,5
Escolaridade	-	Fundamental Completo	15	33,3
Renda	-	< 01 SM*	35	77,7
	-	>01 SM*	10	22,3
Trabalho	-	Lavoura	18	40
	-	Do lar	18	40
Religião	-	Católica	36	80
Idade	44	Anos	-	-

* SM Salário mínimo

Fonte: Dos autores (2013)

A igreja católica de Nossa Senhora da Conceição construída a base de pedra, areia e cal, pelos escravos e índios a mando dos jesuítas entre os séculos XVII e XVIII, é a religião mais prevalente na comunidade e marca alguns hábitos culturais da comunidade. Esta igreja constituiu-se em um espaço múltiplo, isto é, funciona como escola, ponto de reunião da comunidade e também como posto de votação em dias de eleições, um local onde a comunidade reflete, discute os seus problemas e soluções (DEMES, 2003; SANTOS; VIEIRA; PEREIRA, 2012).

Quanto à primeira oficina “promovendo saúde alimentar na comunidade manga”, a equipe realizou uma roda de conversa que reuniu 15 moradores numa escola da região para discutir os caminhos de uma alimentação saudável. As discussões foram conduzidas a partir do conhecimento prévio dos moradores respeitando-se, portanto, o conhecimento popular que a comunidade possuía em relação ao assunto.

Após a compreensão do nível de entendimento, levantamento das dúvidas, questionamentos e indagação dos moradores em relação à temática, os mediadores das oficinas iniciaram uma discussão dialogada contemplando alguns aspectos que envolveram: definição de alimentação saudável, equilíbrio alimentar, pirâmide alimentar, distúrbios patológicos relacionados à alimentação. Na ocasião, registraram-se algumas medidas antropométricas relacionadas a distúrbios alimentares.

Constatou-se que 26,5% dos participantes desta oficina apresentaram de acordo com a Tabela 2, o Índice de Massa Corporal (IMC) inadequado, ou seja, extrapolaram o intervalo entre 18,5 a 24,9.

Tabela 2 - Distribuição do número e percentual da classificação do peso pelo IMC e Risco de Comorbidades. (N=15). Florianó-PI, 2013.

Classificação	IMC*	Risco de comorbidades	Nº	%
Baixo peso	<18,5	Baixo	1	6,6
Peso normal	18,5-24,9	Médio	11	73,5
Sobrepeso	-	-	-	-
Pré-obeso	25,0 a 29,9	Aumentado	2	13,3
Obeso I	-	-	-	-
Obeso II	35,0 a 39,9	Grave	1	6,6
Obeso III	-	-	-	-

* IMC significa Índice de Massa Corporal

Fonte: Dos autores (2013)

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2009), este fato (inadequação do IMC) aumenta o risco para as comorbidades associadas como Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC), Aterosclerose, Hipertensão Arterial e risco de Acidente Vascular cerebral (AVC). 13,3% possuíam classificação de pré-obeso e 6,6% apresentou obesidade em grau II, tendo estes graves riscos para as morbidades associadas.

De acordo com Gallagher et al (1996) O IMC é um bom indicador, mas não está totalmente correlacionado com a gordura corporal. Dentre as limitações do IMC cita-se: a não distinção entre a massa gordurosa da massa magra até a não reflexão da distribuição da gordura corporal, entretanto, a combinação de IMC com medidas da distribuição de gordura pode ajudar a resolver alguns problemas do uso do IMC isolado (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição do número e percentual da classificação da circunferência abdominal de acordo com o gênero. (N=15). Florianó-PI, 2013.

Risco de complicações metabólicas	Homem	Nº	%
Aumentado	≥ 94	1	6,6
Aumentado substancialmente	≥ 102	-	-
Risco de complicações metabólicas	Mulher	Nº	%
Aumentado	≥ 80	3	20
Aumentado substancialmente	≥ 88	2	13,3

Fonte: Dos autores (2013)

Quanto à circunferência abdominal, observou-se que 26,6% dos moradores apresentam risco aumentado de complicações metabólicas sendo que a prevalência deste risco foi estatisticamente significativa para o sexo feminino com 20%. 13,3% das mulheres ainda tiveram este risco aumentado substancialmente enquanto não houve achados deste risco substancial para o sexo masculino.

Acrescenta-se ainda que no que se refere aos aspectos alimentares, verificou-se através dos questionários, que 36,4% afirmaram que consomem frequentemente alimentos com alto teor de sódio, 54,5% referiram consumir diariamente grande quantidade de açúcar. Tais achados sugerem que devemos estimular o tratamento e a prevenção da obesidade por se tratar de uma doença envolvida em diversas complicações e comorbidades que elevam a morbimortalidade dos pacientes obesos além de justificar a realização das oficinas.

De acordo com a World Health Organization (WHO, 2000), o ponto de corte para risco cardiovascular esta aumentado na medida de circunferência abdominal igual ou superior a 94 cm em homens e 80 cm em mulheres caucasianos tal ponto de corte, difere do preconizado pela National Cholesterol Education Program (WHO, 2000) – Adult Treatment Panel III (ATPIII), onde estabelece que o ponto de corte deve ser de 102 cm para homens e 88 cm para mulheres entretanto, na população brasileira, utilizaram-se, em alguns estudos, os mesmos pontos de corte propostos pela OMS, indicando também ser bom preditor de risco para doenças metabólicas, principalmente Hipertensão arterial.

É válido ressaltar, que mesmo não existindo corte para aferição de dados antropométricos para região sul americana, a III Diretriz Brasileira de Obesidade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010) sugere que se usem medidas sul-asiáticas até que estejam medidas disponíveis para o Brasil sugestão essa, acatada pela equipe.

Buscando ainda detalhar e pormenorizar os achados a fim de trazer resultados mais consistentes, a equipe ainda realizou uma avaliação da Relação Cintura Quadril (RCQ). A World Health Organization (2000) considera a RCQ um dos critérios para caracterizar a síndrome metabólica, com valores de corte de 0,90 para homens e 0,85 para mulheres.

Os achados evidenciaram ainda que 13,3% dos homens têm riscos de complicação metabólica moderado, enquanto 20% das mulheres possui risco de complicação metabólica muito alta. Portanto, as mulheres desta pesquisa estão mais suscetíveis a sofrer doenças cardíacas, pois apresentaram maior concentração de gordura abdominal (próxima do coração) e logo, maior risco a apresentarem o desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

Dando continuidade, a segunda e a terceira oficina, respectivamente abordou “ações de promoção da saúde na Hipertensão arterial e no Diabetes mellitus”, assim como a primeira,

a equipe realizou rodas de conversa reunindo desta vez 20 moradores para discorrer sobre a temática. Também foi respeitado e aproveitado o conhecimento popular para condução do grupo bem como o método das palavras geradoras. As oficinas capacitaram os moradores sobre conhecimentos teóricos como: definição de Hipertensão arterial e o Diabetes mellitus, fatores etiológicos, fatores de risco, epidemiologia, classificação do Diabetes quanto ao tipo, sinais e sintomas das doenças, hábitos de saúde e estilo de vida saudável, prevenção primária.

Nesta ocasião aferiu-se de forma a Pressão Arterial Sistêmica (PAS) dos participantes no Membro Superior Esquerdo (MSE). Optou-se como forma de aferição, o método indireto com técnica auscultatória com uso de esfigmomanômetro aneróide devidamente calibrado. Conforme Coleman et al (2005), os aparelhos aneróides levam vantagens sobre os aparelhos de mercúrios em razão do baixo risco de toxicidade e contaminação ambiental mesmo podendo se descalibrar facilmente. Respeitaram-se criteriosamente as recomendações da VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010) ao que concerne as recomendações para aferição da PAS (Tabela 4).

Tabela 4 - Valores Encontrados dos níveis de Pressão Arterial Sistêmica e sua respectiva classificação. (N=20). Florianópolis-PI, 2013.

CLASSIFICAÇÃO	PAS* (mmHg)	PAD **(mmHg)	Nº	%
Ótima	< 120	< 80	17	85
Normal	< 130	< 85	2	10
Limítrofe	130–139	85–89	-	-
Hipertensão estágio 1	140–159	90–99	-	-
Hipertensão estágio 2	160–179	100–109	1	5
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110	-	-
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90	-	-

* PAS significa Pressão Arterial Sistólica; ** PAD significa Pressão Arterial Diastólica.

Fonte: Dos autores (2013)

Ao que concerne à aferição da PAS, com exceção 5% (diagnosticado com dados de PAS condizentes com a Hipertensão estágio II) dos participantes, todos foram classificados com pressão arterial ótima 85% ou normal 10%. Ressalta-se que apenas uma aferição não é necessária para diagnosticar uma pessoa como hipertensa.

Entretanto, apesar dos bons níveis pressóricos de PAS, o questionário sobre fatores de risco para Hipertensão e Diabetes apontou dados preocupantes quando constatou que 55% dos participantes não realizam atividade física regular, 28% referiram que ingerem diariamente pouca quantidade de frutas, verduras e legumes, 91% dos participantes possui algum familiar com histórico de Hipertensão e 63,6% com história familiar de DM.

Estes altos percentuais legitimam a realização da oficina para a comunidade e de fato comprovam os altos índices de Hipertensão e Diabetes na comunidade além de prognosticar de acordo com Martinez e Latorre (2006) o potencial aparecimento de novos casos de HAS e DM caso não haja mudança de hábitos encontrados.

Pesquisadores da Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome metabólica apontaram que o Brasil, tinha seis milhões de casos de Diabetes diagnosticados e que em 2010 este índice chegaria a dez milhões. O Diabetes é a principal causa de insuficiência renal crônica, cegueira no adulto e amputações não traumáticas. O mesmo ministério aponta ainda alguns fatores de risco para Diabetes e Hipertensão tais como: Idade avançada, antecedentes familiares, sedentarismo, alimentação inadequada (BRASIL, 2006b).

Consequentemente, com base na assertiva anterior, pode-se afirmar considerando os fatores de risco encontrados, que alguns moradores estão passíveis de adquirir tal patologia justificando mais uma vez o quão era oportuno trabalhar esta temática.

A última oficina realizada neste ano intitulada “ações de promoção da saúde mamária” seguiu a metodologia das oficinas anteriores, em função dos altos percentis que davam conceituação de excelência das oficinas respeitando-se é claro as particularidades pertinentes à temática reunindo 10 moradoras da comunidade.

De acordo com dados obtidos no Instituto Nacional do Câncer (INCA) do Rio de Janeiro, em 2012 estimam-se 52.680 casos novos de câncer de mama no Brasil. É o câncer que mais mata as mulheres. Estes números correspondem à taxa bruta de incidência de 52,50% para cada 100.000 habitantes (BRASIL, 2012).

As oficinas desenvolveram potencial de empoderamento das mulheres da comunidade Manga para realização do autocuidado preventivo da doença. Foram abordadas as seguintes temáticas: conceito de câncer de mama, anatomofisiologia da mama, aspectos epidemiológicos, sinais e sintomas, fatores de risco, mitos e tabus, recomendações para prevenção primária, legislação sobre o câncer de mama, autoexame das mamas, mamografia, modalidades de tratamento e os cuidados pós-mastectomia.

As discussões mobilizaram intensos questionamentos uma vez que notoriamente ficou claro uma inquietude sobre assunto, assim como, inúmeras dúvidas relacionadas à saúde da mulher, em especial a neoplasia mamária. Pôde-se desmitificar a ideia de que o câncer de mama acarreta apenas mulheres, que está relacionada a quedas traumáticas e Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) como pairava no imaginário social encontrado anteriormente a execução das oficinas.

As moradoras descobriram que existem leis que asseguram a prevenção, detecção e a recuperação da saúde. A Lei nº 11.664 de 29 de abril de 2008, dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2008).

Os mediadores das oficinas conseguiram perceber pelas observações, o sentimento de euforia, alívio e alegria, evidenciado pelas mulheres pelos semblantes e pelas falas, ao se deparar com o conhecimento de que o câncer de mama é uma doença curável, quando diagnosticado em estágios iniciais.

Partindo do que foi exposto acima se percebe a necessidade de mencionar as considerações de Teoria da Aprendizagem com Significância de Ausubel, que de acordo com Novak (1977); Moreira e Masini (2001), na aprendizagem significativa as novas ideias e informações interagem com um conhecimento prévio existente na estrutura cognitiva do indivíduo e como resultado dessa interação, a própria “ideia âncora” ou ideias prévias e primárias são modificadas.

Moreira e Masini (2001) afirmam ainda que quando uma nova informação se relaciona com um aspecto relevante da estrutura de conhecimento do indivíduo, a aprendizagem passa a ter significância. Portanto, pode-se afirmar que nas rodas de conversa sobre promoção da saúde mamária houve uma aprendizagem significativa uma vez que as informações discutidas promoveram um “subsunçor qualificado” pela requalificação das ideias âncoras.

Por exemplo, uma das ideias âncoras identificada foi a de que o câncer de mama acarreta apenas mulheres. Após as novas ideias e informações apresentadas pelas oficinas e como resultado dessa interação (ancoragem) a ideia âncora foi modificada e as mulheres aprenderam que apesar da proporção do acometimento do câncer de mama ser bem maior em mulheres, o homem, também está suscetível a ter tal patologia.

Quanto o questionário de práticas preventivas, verificou-se que 70% das mulheres não possuíam o hábito de realizar o autoexame das mamas (AEM). 90% nunca realizou o exame clínico das mamas (ECM) o que evidencia, que estas mulheres não realizam a consulta para detecção do câncer cérvico uterino, preconizado anualmente, pelo Ministério da Saúde. Acrescenta-se ainda que 70% das mulheres nunca foram submetidas a exames monográficos, considerado um exame de detecção precoce e de rastreamento mamário de alta sensibilidade.

Para o Instituto Nacional do Câncer, a mamografia e a radiografia da mama permite a detecção precoce do câncer de mama por ser capaz de mostrar lesões em fase inicial, muito

pequenas (de milímetros), entretanto, de acordo os dados expostos acima, apenas um baixo percentual da população assistida pelas oficinas tem realizado estes exames como preconizado pelo Ministério da Saúde (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2004).

O estudo corrobora com Moura e Nogueira (2001) ao afirmar que a disseminação de ações de detecção precoce e a ampliação do acesso da população às ações primárias de saúde representam importante estratégia para reverter realidade como encontrada (baixo percentual de realização de práticas preventivas, falta de orientação).

Quanto ao pré-teste, observa-se na Tabela 5, os acertos variaram entre 40,1 a 45,5% de acerto entre as quatro oficinas obtendo uma média geral de acertos no pré-teste de 42,8% para as quatro oficinas. Logo, pode-se afirmar diante do exposto na metodologia que a população detinha um baixo conhecimento em relação às temáticas abordadas.

Tabela 5 - Distribuição dos percentuais de acertos pré e pós-teste e da avaliação das 04 oficinas. (N=45). Florianópolis-PI, 2013.

Variável estudada	Variação mínima	Variação máxima	Media em%	Classificação
Pré-teste	40,1	45,5	42,8	Baixo conhecimento (<50%)
Pós-teste	85	91,1	88	Autoconhecimento (>75%)

Fonte: Dos autores (2013)

Quanto ao pós-teste (instrumento aplicado após a realização das oficinas) os acertos variaram de 85% a 91,1% entre as quatro oficinas obtendo-se uma média geral de 88% de conhecimento. Logo, conclui-se que as oficinas elevaram em 45 pontos percentuais para mais o conhecimento dos envolvidos.

Os dados pós-teste corroboraram com o que afirma Buss e Carvalho (2009), pois as intervenções em saúde ampliaram o escopo de conhecimento da comunidade, tomando como objeto os problemas e as necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes de saúde da própria região. Nesse contexto, esta tabela justifica a importância da realização das atividades de educação em saúde para melhorar o nível de educação e consequente possibilidade de prevenção de agravos a saúde.

Quanto à avaliação das oficinas, verifica-se na Tabela 6, a média geral: 85,5% acharam as oficinas excelentes, 83,3% conceituaram as temáticas como excelentes; 91,6% consideraram excelente a metodologia abordada e igual número percentual consideraram os recursos utilizados excelentes, 78% consideraram o local da realização das oficinas excelente.

Tabela 6 - Distribuição dos percentuais da avaliação das 04 oficinas. (N=45). Florianópolis-PI, 2013.

Avaliação das oficinas	Excelente	Boa	Regular
O que acharam das oficinas?	85%	10%	5%
O que acharam das temáticas?	83,3%	10%	6,7
O que acharam da metodologia?	91,%	9%	0%
O que acharam dos recursos utilizados?	78%	18%	4%
O que acharam dos locais de realização das oficinas?	78%	18%	4%

Fonte: Dos autores (2013)

Conforme o preconizado por Alvim e Ferreira (2007), as oficinas educativas demonstraram-se apropriadas para educação em saúde do homem do campo ao que tange método de realização. Assim, a pedagogia problematizadora implementada buscou superar as limitações do método tradicional ou de transmissão vertical de conhecimento, por meio de palestras e orientações padronizadas, bem como superar as limitações do método condicionador que dita fórmulas/normas de comportamento seguinte as vertentes de

4 CONCLUSÃO

O Programa Comunidade Manga e sustentabilidade pesqueira “acolheu” e foi acolhido pela referida comunidade em epígrafe proporcionando a mesma ações interdisciplinares envolvendo acadêmicos e profissionais das mais diversas áreas: enfermagem, biologia, pedagogia e psicologia.

Apesar deste programa constituir uma pertinente estratégia interventiva para a sustentabilidade da região, ele não constitui unicamente a estratégia de “solução dos problemas da referida comunidade”. Faz-se necessário a participação ativa de todos os sujeitos envolvidos na produção da saúde: moradores, gestores, profissionais para o estabelecimento de compromissos e corresponsabilidade em favor do morador da zona rural.

O programa contribuiu ainda para a formação dos acadêmicos de enfermagem no sentido de aperfeiçoá-lo para as vivências práticas que extrapolam os muros institucionais. Pode-se constatar a relevância do papel dos alunos como agente transformador da realidade social da população assistida.

HEALTH PROMOTION ACTIONS IN MANGA FISHERMEN COMMUNITY

ABSTRACT

This paper describes health promotion actions for the prevention of diseases and disorders in Manga community, state of Maranhão and Piauí. This is an exploratory descriptive study by action method performed with 45 residents, approved by the CEP N°0214.0.045.000-11. It was conducted a situational diagnosis then was applied 04 workshops about: health food; arterial hypertension; Diabetes mellitus and breast health. The workshops raised the population's knowledge, allowed the discussion of health and disease process and elucidated community questions about issues worked. Health promotion activities are a strong tool for educational empowerment of the health and disease process.

Keywords: Health promotion. Health Education. Nursing.

REFERÊNCIAS

ALESSI, N. P.; NAVARRO, V. L. Health and work in rural areas: sugar cane plantation workers in Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 111-121. 1997.

ALVIM, N. A. T; FERREIRA, M. A. Perspectiva problematizadora da educação popular em saúde e a enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 315-319, abr./jun. 2007.

ANDRADE, P. A.; NAGY M. R. **Saúde e qualidade de vida no campo: a luta dos (as) trabalhadores (as) da CONTAG e dos (as) participantes do MST**. 2004. 82 f. Monografia (Especialização em Saúde Coletiva)-Faculdade de Ciências da Saúde, UNB, Brasília. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2012.

_____. Lei n. 11.664, de 29 de abril de 2008. Dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **DOU**. 2008. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato20072010/2008/lei/111664.htm>. Acesso em: out. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto. **Promoção da saúde: as cartas da promoção da saúde**. Brasília, 2002.

BUSS, P. M.; CARVALHO, A. I. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, dez. 2009.

COLEMAN, A. J. et al. Accuracy of the pressure scale of sphygmomanometers in clinical use within primary care. **Blood Pressure Monitoring**, v. 10, n. 4, p. 181-188, 2005.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

Rev. Saúde Públ. Santa Cat., Florianópolis, v. 9, n. 2, p. 66-80, maio/ago. 2016.

- DEMES, J. **Floriano: sua história, sua gente**. Teresina: Brasiliense, 2003.
- ENGEL, G. I. Pesquisa-ação. **Educar**, n. 16, p. 181-191, 2000.
- FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 38. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2004.
- GALLAGHER, D. et al. How useful is body mass index for comparison of body fatness across age, sex, and ethnic groups? **American Journal of Epidemiology**, v. 143, p. 228-39, 1996.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas; 2010.
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Controle do câncer de mama: documento de consenso**. Rio de Janeiro, 2004.
- MARTINEZ, M. C.; LATORRE, M. R. D. O. Fatores de risco para hipertensão arterial e diabetes melito em trabalhadores de empresa metalúrgica e siderúrgica. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 87, p. 471-479, 2006.
- MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento**. São Paulo: Hucitec; 2012.
- MOREIRA, M. A; MASINI, E. F. S. **Aprendizagem significativa: a teoria de Ausubel**. São Paulo: Centauro, 2001.
- MOURA, E. R. F.; NOGUEIRA, R. A. Atuação de enfermeiras nas ações de controle do câncer de mama em oito unidades de saúde do Ceará, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil**, Recife, v. 1, n. 3, p. 269-274, set./dez. 2001.
- NOVAK, J. D. Na alternative do piagetian psychology for science and mathematic seducation. **Sci. Educ.**, v. 61, n. 4, p. 453-411, 1977.
- SANTOS, C. A.; VIEIRA, S. H.; PEREIRA, R. R. S. **Choque entre cultura desenvolvimentista e cultura tradicional: o caso do povoado Manga-MA e os vários impactos protagonizados pela construção da usina hidrelétrica cachoeira**. Campina Grande: Realize Editora, 2012.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010**. 3. ed. Itapevi, SP: AC Farmacêutica, 2009. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/pdf/diretrizes_brasileiras_obesidade_2009_2010_1.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2016.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. 6. Ed. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2010.
- THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 16. ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Report of a World Health Organization Consultation. Geneva, 2000. (WHO Technical Report Series 894).

Submetido em: 29/05/2016
Aceito para publicação em: 28/08/2016