



Población y Salud en Mesoamérica

Validación de instrumento educativo para la promoción de la salud de las Quilombolas brasileñas de 2016 al 2018

Ruth Cristini-Torres, Ana Priscila-Santos, Valéria P. Gama-Oliveira, Marcos Almeida-Santos, Cristiane C. da Cunha-Oliveira y Cláudia-Moura de Melo

Como citar este artículo:

Cristini-Torres, R., Priscila-Santos, A., Gama-Oliveira, V. P., Almeida-Santos, M., da Cunha-Oliveira, C. C. y Moura de Melo, C. (2020). Validación de instrumento educativo para la promoción de la salud de las Quilombolas brasileñas de 2016 al 2018. *Población y Salud en Mesoamérica*, 18(1). <https://doi.org/10.15517/psm.v18i1.40540>



ISSN-1659-0201 <http://ccp.ucr.ac.cr/revista/>

Revista electrónica semestral
[Centro Centroamericano de Población](#)
[Universidad de Costa Rica](#)

Validación de instrumento educativo para la promoción de la salud de las quilombolas brasileñas de 2016 al 2018

Validation of the educational instrument for the promotion of the health of Brazilian Quilombolas communities from 2016 to 2018

Ruth Cristini-Torres¹, Ana Priscila-Santos², Valéria P. Gama-Oliveira³, Marcos A. Almeida-Santos⁴,
Cristiane C. da Cunha-Oliveira⁵, Cláudia-Moura de Melo⁶

**Información de las personas autoras en la página 21*

Resumen. Objetivo: Describir el proceso de construcción y validación del instrumento educación, el cual tiene un diseño posintervención, para la promoción de la salud y vigilancia de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) en comunidades quilombolas brasileñas. **Metodología:** Se trata de un estudio metodológico para validar un instrumento, que mezcla investigación cuantitativa y cualitativa, realizado en las comunidades quilombolas en el municipio de Capela/Sergipe, Brasil. Como primera etapa de la construcción del instrumento, se identificó el perfil social y clínico, al mismo tiempo que se ejecutaron las acciones de educación sanitaria sobre la prevención de enfermedades y estilos de vida saludables. Esto tenía el fin de identificar los déficits de información, fragancias y potencialidades en el entorno de las quilombolas. Para la validación del instrumento educativo, se calculó el índice de validez del contenido. **Resultados:** El índice de validez del contenido se obtuvo en el orden de 0.94. Las quilombolas presentan varias debilidades para el desarrollo de la ECNT, pero las potencialidades pueden fortalecerse y trabajarse en las oportunidades, destacando la importancia de las estrategias educativas para la prevención de problemas de salud. **Conclusión:** El proceso de validación mostró que el folleto se consideraba válido para la educación y la salud en las comunidades quilombolas, porque es atractivo, confiable y fácil de entender para este grupo de población. Se concluye que el objetivo propuesto se logró, ya que el folleto educativo titulado "Aprenda cómo cuidar su salud" fue validado para el diseño y el contenido con especialistas y la facilidad de comprensión con los líderes de las comunidades quilombolas.

Palabras clave: Educación sanitaria; Promoción de la salud; Grupo de Ascendencia Continental Africana; Estudios de validación, Brasil

Abstract: Objective: To describe the process of construction and validation of an educational instrument, with a post-intervention design, for health promotion and surveillance of non-communicable chronic diseases (CNCDS) in Brazilian Quilombola communities. **Methodology:** This is a methodological study to validate an instrument with a mixed study of quantitative and qualitative research, carried out in Quilombolas communities in the municipality of Capela/Sergipe, state Brazil. As the first stage of the construction of the educational instrument, the social and clinical profile was identified, concomitantly with health education actions on the prevention of healthy diseases and lifestyles, in order to identify the information deficits, Fragilities and potentialities in the Quilombola environment. For the validation of the educational instrument, the content validity index was calculated. **Results:** The content validity index was obtained in the order of 0.94. The Quilombolas present several weaknesses for the development of CNCDS, however the potentialities can be strengthened and the opportunities worked, highlighting the importance of educational strategies for the prevention of health problems. **Conclusion:** The validation process showed that the booklet was considered valid for education and health in Quilombola communities, because it is attractive, reliable and easy to understand for this population group. It is concluded that the proposed

objective was achieved, the educational booklet titled "Learn how to care for your health" was validated for layout and content with specialists, and the ease of understanding with community leaders Quilombolas.

Keywords: Health education; Health promotion; African Continental Ancestry Group; Validation studies, Brazil

Recibido: 02 feb, 2020 | **Corregido:** 09 jun, 2020 | **Aceptado** 15 jun, 2020

1. Introducción

La población negra se encuentra históricamente en una situación de acceso reducido a educación, salud, alimentación y vivienda adecuadas, así como ha sido criminalizada desde la esclavitud, como parte de un proceso discriminatorio asociado con el color de la piel, que aumenta las iniquidades sociales (Madeira y Gomes, 2018).

En el período colonial brasileño, el término quilombo fue utilizado para referirse a los asentamientos creados por los esclavos negros que huían, en los que vivían y mantenían sus tradiciones culturales y modos de vivir (Leite, Martins, Ferreira, Batista y Rosário, 2016). Las condiciones ambientales y socioeconómicas asociadas con el acceso restringido a la salud, contribuyen a que las comunidades quilombolas, que fueron reconocidas como provenientes de los antiguos quilombos, se inserten en un contexto de vulnerabilidad, inequidades en salud y baja eficacia de las políticas públicas (Pereira y Santos, 2018).

La Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2015) declaró que las personas afrodescendientes representan un grupo distinto, cuyos derechos humanos deben ser promovidos en todo el mundo. Los estudios sobre los orígenes y la cultura de las poblaciones afrodescendientes nos permiten identificar el perfil de las comunidades de Quilombolas y promover la promoción de políticas públicas eficientes (Tavares y Silva, 2014).

En Brasil, hay 2746 comunidades Quilombolas (Ministerio de Cultura, 2019), entre las cuales 37 (1.34 %) se encuentran en Sergipe, región noreste del país. La política nacional brasileña sobre la salud integral de la población negra (PNSIPN) (Ministerio de Salud, 2017) tiene como objetivo promover la salud, sobre la premisa de que las desigualdades sanitarias provienen de factores socioeconómicos y culturales que contribuyen a una mayor prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT).

Es necesario identificar los determinantes sociales y de salud (Tamayo, Besoain y Rebolledo, 2018) en los que se insertan las quilombolas, para luego guiar las propuestas de intervención en función de subsidiar a los programas de educación sanitaria. Es necesario ampliar el enfoque de las estrategias educativas para la promoción de la salud y la prevención de las ECNT en las

quilombolas, ya que las personas autoras no encontraron evidencias de la aplicación de instrumentos educativos para este grupo de población, que se centraran en sus conocimientos, prácticas y sus especificidades sociales y clínicas.

El uso de materiales impresos se ha vuelto cada vez más frecuente en las actividades de educación para la salud y, cuando se elaboran teniendo en cuenta el contexto sociocultural, el lenguaje y el diseño adecuado, facilitan la comprensión de las personas (Sousa y Turrini, 2012). El proceso de validación de contenidos de los materiales debe llevarse a cabo antes de su utilización por la población de que se trate, ya que permite evaluar su pertinencia y adecuación de acuerdo con el objetivo propuesto (Tibúrcio *et al.*, 2015).

Así, el objetivo de este estudio fue describir el proceso de construcción y validación de un instrumento educativo con un diseño posintervención para la promoción de la salud y la vigilancia de las ECNT en las comunidades quilombolas.

2. Antecedentes teóricos

2.1 Inequidades sanitarias dentro de la población negra

En Brasil, aunque existen marcos jurídicos y políticos relacionados con la equidad en la atención de la salud, la población negra a menudo está expuesta a condiciones de vida y salud deficientes, así como a una menor calidad de la atención, en comparación con el perfil de la población blanca. La categorización racial en estudios científicos permite la visibilidad de factores no genéticos de enfermedades, mostrando probables diferencias entre población blanca y negra en relación con la calidad de vida, riesgos de desarrollar ciertos problemas de salud y acceso a los servicios de salud (Pereira y Santos, 2018).

Conocer las historias de la población negra, así como las formas de vida y conocimiento de las comunidades quilombolas, puede guiar la construcción de prácticas sanitarias específicas (Fernandes y Santos, 2019). Comprender los determinantes sociales y de salud relacionados con la vulnerabilidad es importante para oponerse al paradigma biológico en la caracterización de los procesos de enfermedad y salud. Este panorama aporta una mejor comprensión de las acciones de las políticas sanitarias sobre los factores que afectan la vida cotidiana de las personas en sus territorios, contribuyendo a la promoción o deterioro de sus estados de salud (Carmo y Guizardi, 2018).

Las desigualdades sanitarias provienen de factores socioeconómicos y culturales que contribuyen a la mortalidad y morbilidad de las poblaciones negras brasileñas. Este contexto impacta negativamente a los indicadores de salud de esta población, afectando a la precocidad de las muertes, las altas tasas de mortalidad materna e infantil, la mayor prevalencia de las ECNT. Estas

enfermedades forman parte de la Agenda de Prioridades de Investigación del Ministerio de Salud de Brasil para hacer frente a problemas de salud persistentes (Ministerio de Salud, 2018).

2.2. Enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT)

Las ECNT son la principal causa de mortalidad en el mundo, con predominio de la muerte por enfermedades cardiovasculares (ONU, 2011), especialmente en las poblaciones de bajos ingresos y las pertenecientes a grupos vulnerables (Bonita *et al.*, 2013), que en Brasil representan una alta carga de morbilidad (Malta *et al.*, 2015). Desde 2011, las Naciones Unidas han reforzado con los jefes de Estado sus compromisos de lucha contra las ECNT, con un objetivo de reducción del 25 por ciento entre 2015 y 2025, propuesto en el Plan de Acción Mundial (ONU, 2011; Beaglehole *et al.*, 2012; ONU, 2013; ONU, 2014).

Entre las enfermedades abordadas en la propuesta del plan citado se encuentran las enfermedades cardiovasculares, respiratoria crónica, cáncer y diabetes (Malta, Morais Neto y Silva Júnior, 2011). En Brasil, se estima una reducción de la muerte prematura por ECNT del 20.5 % para 2025 (Malta *et al.*, 2019). Aunque las estrategias para la prevención de la ECNT son prominentes en las agendas mundiales, todavía hay muchos desafíos para el desarrollo de políticas de salud efectivas (Malta, Oliveira, Santos, Andrade y Silva, 2016).

Los principales factores de riesgo modificables para la aparición de estas enfermedades son el tabaquismo, el consumo nocivo de alcohol, la hipertensión, la dieta inadecuada, el sobrepeso, la obesidad, la hipercolesterolemia y el estilo de vida sedentario (Ministerio de Salud, 2011; Kontis *et al.*, 2014). Melo y Silva (2015) destacaron que las ECNT afectan significativamente a las comunidades quilombolas, lo que está relacionado con las condiciones socioecológicas en las que se insertan, teniendo en cuenta el contexto de vulnerabilidad social. Dados los principales factores de riesgo modificables mencionados, se percibe la importancia de la prevención primaria y el diagnóstico precoz de las ECNT.

3. Materiales y métodos

3.1. Diseño y escenario de estudio

Se trata de un estudio metodológico de validación de instrumento con un enfoque cuantitativo y cualitativo de abordaje exploratorio y descriptivo, realizado en las comunidades quilombolas en el municipio de Capela, Sergipe, Brasil, de 2016 a julio de 2018. La caracterización de quilombolas se realizó en las comunidades Canta Galo, Pirangi y Terra Dura e Coqueiral (Figura 1). Estas comunidades fueron elegidas para el estudio porque tienen una mayor concentración de población de quilombola en el estado.

3.2. Población y muestra

Las comunidades quilombolas mencionadas están compuestas por 386 familias, entre las cuales 49 se distribuyen en la comunidad Pirangi, 127 en Canta Galo y 210 en Terra Dura, con un total de 1158 personas. El estudio incluyó sujetos de 18 años o más, de ambos sexos, residentes registrados como quilombolas en la asociación de residentes y usuarios de la Estrategia de Salud Familiar (ESF) de las comunidades en cuestión. Los criterios de exclusión fueron personas que no pudieron entender las preguntas y quienes no estuvieron ayunando durante al menos 12 horas el día de los análisis de sangre. Al considerar quilombolas de 18 años o más, se identificaron 110 residentes de la comunidad Pirangi, 250 de Canta Galo y 105 de Terra Dura y Coqueiral, con un total de 465 sujetos. Para la definición de la muestra, se utilizó un cálculo de la muestra (Miot, 2011) con un nivel de confianza del 95 % ($Z_{\alpha/2}$ a 1,96), la cantidad esperada de respuestas correctas del 95 % (p), el error esperado (q) y el nivel de precisión del 5 % (E) y N a tamaño de la población (finito), basado en la fórmula:

$$n = \frac{N \cdot p \cdot q \cdot (Z_{\alpha/2})^2}{(N - 1) \cdot (E)^2 + p \cdot q \cdot (Z_{\alpha/2})^2}$$

El tamaño de la muestra (n) fue determinado por 76 sujetos (57 mujeres y 19 hombres), después de la adición del 20 % de las posibles pérdidas de la muestra.

Figura 1

Distribución de las comunidades quilombolas en Brasil y comunidades quilombolas Canta Galo, Pirangi y Terra Dura y Coqueiral. Sergipe, Brasil. 2016-2018.



Fuente: elaboración propia, 2019.

La investigación fue aprobada por el Comité de ética de investigación del Centro Universitario Estácio de Sergipe, bajo Certificado de Presentación de Apreciación Ética No. 61780216.8.0000.8079, opinión No. 1.822.242. Las personas participantes firmaron el formulario de consentimiento libre e informado (ICF).

3.3. Recopilación de datos

Se utilizó un instrumento semiestructurado para identificar parámetros económicos, educativos, de estilo de vida, de actividad física, de perfil dietético, socioculturales, forma de vida, evaluación clínico-laboratorio y parámetros antropométricos (caracterización de quilombolas). El diagnóstico se realizó con el fin de identificar las fragilidades y potencialidades en relación con los factores que pueden favorecer o no el desarrollo de ECNT.

3.4 Pasos para la construcción del folleto

El estudio se llevó a cabo en dos pasos. 1- Prefolleto: caracterización de quilombolas, identificación de los déficits de conocimiento de la población sobre los temas y la intervención educativa. 2- Posfolleto: construcción del folleto y validación de contenidos y maquetas con expertos, validación de contenido por parte de los líderes de las comunidades quilombolas.

3.4.1. Etapa de prefolleto

Se utilizó una hoja de ruta estructurada para identificar las características del consumo socioeconómico, de vivienda, educativo, culturales, clínico, tabaco y alcohol de las quilombolas.

Para caracterizar el perfil clínico, evaluamos el nivel de actividad física (Matsudo *et al.*, 2001); medición de la presión arterial (Malachias *et al.*, 2016); parámetros antropométricos (Marfell-Jones, Stewart, de Ridder, 2012); el cálculo de la relación entre estatura y cintura (RCEst), que es un predictor del riesgo cardiometabólico (Corrêa, Tomasi, Thumé, Oliveira y Facchini, 2017), y el índice de adiposidad corporal (IAC) (Bergman *et al.*, 2011). Se recogió una muestra de sangre de las quilombolas para realizar la glucosa en lípidos y en ayunas (Faludi *et al.*, 2017). Para el análisis de hábitos dietéticos, se aplicó la Escala Brasileña de Inseguridad Alimentaria (Santos *et al.*, 2014).

Se identificaron los principales déficits de información sobre el tema, a través de la dinámica de grupo con el juego de preguntas y respuestas, con la posterior intervención educativa. Se trabajó en las comunidades del estudio, las ECNT, los factores que podrían contribuir al desarrollo de estilos de vida saludables, la importancia de la actividad física y la alimentación adecuada. Así, el folleto fue construido también teniendo en cuenta las necesidades de la población estudiada.

3.4.2. Etapa posfolleto

Para la construcción del folleto, consideramos la sistematización de contenidos, composición visual y disposición, lenguaje y potencial de aprendizaje del material educativo, a través de una estrategia metodológica de validación por parte de expertos (Galindo Neto, Caetano, Barros, Silva y Vasconcelos, 2017).

Se adoptaron los siguientes criterios para la elección de profesionales como expertos para la validación del folleto: un profesional del Instituto Nacional de Colonización y Reforma Agraria; cinco profesionales en enfermería o medicina con experiencia de al menos cinco años en actividades de promoción de la salud y educación; cinco profesionales en docencia con una maestría o doctorado en educación; cinco investigadores con experiencia en el tema de ECNT y la especialización stricto sensu en el campo de las ciencias de la salud, y personas expertas en diseño con una experiencia profesional mínima de 5 años.

Después de la selección de personas expertas, se les presentó un enlace del formulario *Google Docs* con el folleto y los criterios de análisis de los elementos, iniciando la primera ronda de validación.

Para la clasificación de los elementos, se utilizó la siguiente escala Likert (Lima *et al.*, 2017): 1= Inadecuado, 2= El artículo necesita una gran revisión para ser relevante, 3= El artículo necesita una pequeña revisión para ser atendido, 4= Artículo atendido. Todos los elementos tenían un espacio para las consideraciones de las personas expertas. El índice de validez de contenido (IVC) se calculó añadiendo las concordancias de los elementos que fueron clasificados como "3" y "4" por las personas expertas, divididos por las respuestas totales.

Después de esta etapa, el folleto fue editado, revisado y diagramado. Más tarde, 10 líderes quilombolas lo validaron, mediante una lista de verificación con 10 preguntas que encajaban aspectos de relevancia, claridad de contenido y contribución potencial a la comprensión de la población sobre el tema. Cada pregunta correspondía a variables dicotómicas (sí o no), con espacio para observaciones, generando la versión final del folleto.

3.5. Análisis de datos

En la validación del folleto, se calculó el IVC (Chirdkiatisak, Sranacharoenpong, Churak y Praditsorn, 2019), con el parámetro de resultado satisfactorio y una IVC global de 0.90 (Polit y Beck, 2006). La prueba de legibilidad flesch se aplicó para evaluar la facilidad de comprensión de los textos y la consistencia interna del folleto se calculó utilizando el valor Alfa del Cronbach.

Los datos del diagnóstico situacional relacionado con indicadores antropométricos, el nivel de actividad física, los hábitos dietéticos y el perfil clínico se analizaron utilizando procedimientos estadísticos descriptivos.

4. Resultados

La etapa de prefolleto se llevó a cabo con 76 quilombolas, con una edad media de 42.49 años en mujeres (n.o 57) y 47.26 años en hombres (n.o 19). Se verificó el diagnóstico situacional de las quilombolas, así como los factores que contribuyen al desarrollo de la ECNT (tabla 1). En relación con la vivienda, los 75 hogares de las comunidades evaluadas tienen un promedio de siete residentes.

Tabla 1
Características de las quilombolas del estudio. Sergipe, Brasil. 2016-2018

| Variables – n (%) | Mujeres n = 57 | Hombres n = 19 |
|--|-------------------|-------------------|
| Color autodeclarado | | |
| Blanco | 3 (5.3 %) | 1 (5.3 %) |
| Negro | 21 (37 %) | 7 (36.8 %) |
| Pardo | 24 (42 %) | 9 (47.4 %) |
| Amarillo o no sabía | 9 (15.7 %) | 2 (10.5 %) |
| Ingreso familiar mensual promedio | | |
| ≤ R\$ 600.00 | 36 (63 %) | 7 (37 %) |
| ≥ R\$ 1045.00 | 21(37 %) | 12 (63 %) |
| Escolaridad | | |
| Nunca estudié | 33 (57.9 %) | 8 (42 %) |
| Escuela primaria incompleta/completa | 22(38.6 %) | 8 (42 %) |
| Escuela secundaria incompleta/completa | 2 (3.5 %) | 3 (16 %) |
| Consumo de tabaco | | |
| Sí | 11 (19.3 %) | 7 (37 %) |
| No | 46 (80.7 %) | 12 (63 %) |
| Consumo de bebidas alcohólicas (Una o más veces al mes) | | |
| Sí | 2 (3.5 %) | 3 (15.7 %) |
| No | 55 (96.5 %) | 16 (84.3 %) |
| Nivel de actividad física | | |
| Muy activo o activo | 23 (40 %) | 12 (63 %) |
| Irregularmente activo A o B | 22 (39 %) | 7 (37 %) |
| Sedentarios | 12 (21 %) | 0 |
| Escala de Inseguridad Alimentaria Brasileña | | |
| Inseguridad alimentaria grave o moderada | 33 (58 %) | 11 (58 %) |



| | | |
|--|-------------|-------------|
| Inseguridad alimentaria ligera o seguridad alimentaria | 24 (42 %) | 8 (42 %) |
| Características de la vivienda | | |
| Suministro de agua de la red de distribución general | 49 (85.9 %) | 15 (78.9 %) |
| Tanque séptico no conectado a la red de colectores de aguas residuales | 32 (56.1 %) | 16 (84.2 %) |
| Basura recogida regularmente | 43 (75.4 %) | 13 (68.4 %) |

Fuente: elaboración propia, 2019.

Se encontró que entre los aspectos socioculturales, en las comunidades de Terra Dura Coqueiral y Canta Galo hay un predominio de las actividades agrícolas de subsistencia y la producción artesanal, como el bordado, el ganchillo, los objetos hechos de paja y fibra. La comunidad Pirangi se basa en la agricultura de subsistencia. Entre las actividades culturales citadas por las quilombolas, se encuentran la música, la danza, la capoeira (expresión cultural brasileña que mezcla arte marcial, deporte, danza y música), juegos de ruedas y la religión de Candomblé (religión afro derivada de los cultos africanos tradicionales).

Cabe destacar que 36 (47.36 %) quilombolas informó que en los últimos 6 meses ejercieron tareas de cultivo, pesca o cría de animales destinadas a alimentar a las personas que viven en sus hogares. Cuando se le cuestiona sobre los programas gubernamentales, la mayoría de 69 (90.78 %) afirmaron que en su comunidad no hay programas sociales para prevenir la violencia, así como para estimular el ocio/deporte. Sin embargo, 42 (55.26 %) participaron en el programa "Minha casa minha vida", a través del cual consiguieron adquirir su propia propiedad y 38 (50 %) son beneficiarios del Programa de "Bolsa Família", que atiende a familias que viven en la pobreza y la pobreza extrema, con ingresos por persona de hasta R\$89.00 o entre R\$89.01 y R\$178.00 mensuales, siempre que tengan hijos o hijas de 0 a 17 años de edad.

En la evaluación clínico-laboratorial, hubo un predominio de exceso de peso en ambos sexos, a través de la evaluación del Índice de Masa Corporal (IMC) y los valores del Índice de Adiposidad Corporal (IAC). Estos mostraron solo exceso de peso en las mujeres y obesidad en los hombres, aumentando el riesgo de ocurrencia de trastornos metabólicos. Además, los quilombolas en ambos sexos tenían dosis de colesterol alteradas (Faludi *et al.*, 2017) (tabla 2).

Tabla 2

 Características antropométricas y metabólicas de las quilombolas.
 Sergipe, Brasil. 2016-2018.

| Variables – n (%) | Mujeres n = 57 | Hombres n = 19 |
|---|-------------------|-------------------|
| Parámetros antropométricos | | |
| IMC | | |
| Peso saludable | 14 (24.5 %) | 6 (31.6 %) |
| Exceso de peso | 25 (44 %) | 10 (52.6 %) |
| Obesidad Grau I | 11 (19.3 %) | 3 (15.8 %) |
| Obesidad Grau II | 7 (12.2 %) | 0 |
| IAC | | |
| Peso saludable | 20 (35.1 %) | 0 |
| Exceso de peso | 22 (38.6 %) | 3 (15.8 %) |
| Obesidad | 15 (26.3 %) | 16 (84.2 %) |
| CA | | |
| Bajo Riesgo cardiovascular | 10 (17.5 %) | 12 (63.2 %) |
| Riesgo cardiovascular moderado | 11 (19.3 %) | 5 (26.3 %) |
| Alto riesgo cardiovascular | 36 (63.2 %) | 2 (10.5 %) |
| RCEst | | |
| Riesgo cardiometabólico | 39 (68.4 %) | 11 (57.8 %) |
| Parámetros metabólicos | | |
| Hiperglucemia (≥ 100 mg/dL) | 12 (21 %) | 7 (36.8 %) |
| Colesterol total Alto (≥ 191 mg/dL) | 26 (45.6 %) | 13 (68.4 %) |
| Triglicéridos altos (≥ 150 mg/dL) | 11 (19.3 %) | 5 (26.3 %) |
| LDL aumentado (≥ 130 mg/dL) | 14 (24.5 %) | 7 (36.8 %) |
| Bajo HDL (< 40 mg/dL) | 1 (1.8 %) | 0 |

Abreviaturas: IMC: Índice de Masa Corporal; CA: Circunferencia abdominal; RCEst: Relación de altura de la cintura; IAC: Índice de Adiposidad Corporal; LDL: Lipoproteína de baja densidad; HDL: Lipoproteína de alta densidad.

Fuente: elaboración propia, 2019.

El parámetro antropométrico medio de circunferencia abdominal (CA), entre las mujeres, mostró un alto riesgo cardiovascular y los resultados de la relación entre altura y cintura (RCEst) demostraron un riesgo cardio metabólico en ambos sexos (tabla 2). Sin embargo, presentaban valores medios de presión arterial, 94.53 en las mujeres y 94.05 en los hombres, dentro de la normalidad (Malachias *et al.*, 2016).

Se observó a través de la educación sanitaria, algunas lagunas de conocimiento, entre ellas la duda sobre los signos y síntomas de las enfermedades del corazón, dislipidemias y diabetes. Las personas participantes no demostraron una comprensión adecuada de los beneficios de la actividad física, no fumar y beber alcohol.

A partir del análisis de la etapa de prefolleto, la herramienta de análisis SWOT se adaptó (Ansari, Rassouli, Akbari, Abbaszadeh y Sari, 2018) para identificar las potencialidades, debilidades, oportunidades y amenazas en las que están expuestas las quilombolas, teniendo en cuenta los valores medios por género de los indicadores que pueden contribuir al desarrollo de la ECNT, con el objetivo de apoyar la construcción del folleto (Figura 2). Las fortalezas y debilidades se refieren a los aspectos específicos de las quilombolas estudiadas, como oportunidades y amenazas a los factores del entorno externo.

Figura 2

Potencialidades, fragilidades, oportunidades y amenazas al desarrollo de ECNT en ambos sexos en las quilombolas. Sergipe, Brasil. 2016-2018.



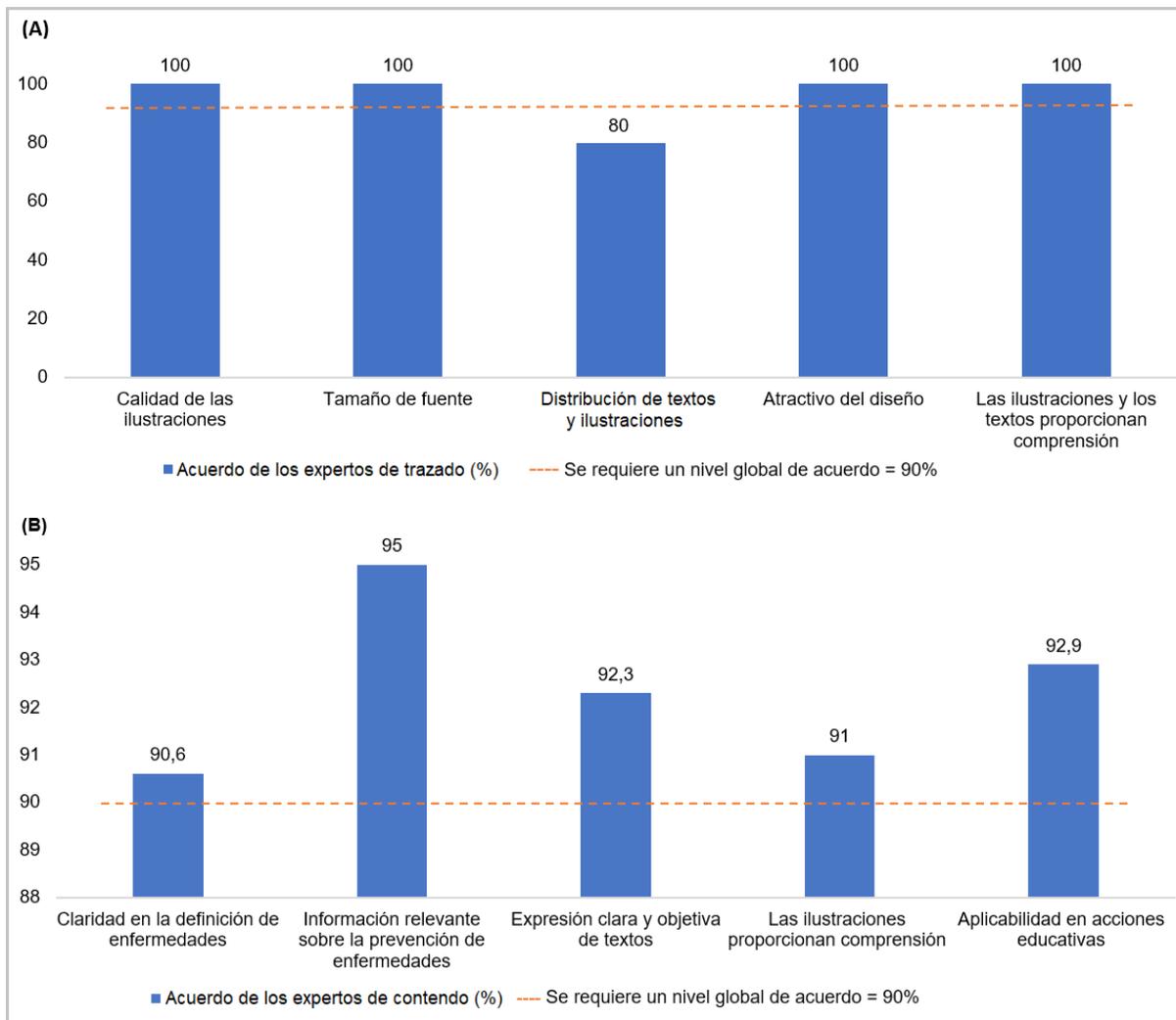
*Salario mínimo mensual en Brasil = R\$ 1.045,00

Fuente: elaboración propia, 2019.

Se hizo la validación a través del juicio de 21 personas expertas, con 5 maquetas (ilustración A) y 16 contenidos (ilustración B). El diseño acordó el 96 % sobre la adecuación del folleto y el contenido del 92.36 % (Figura 3).

Figura 3

Dimensión relacional con los elementos y el acuerdo de las personas expertas (A) y contenido (B) del folleto educativo. Sergipe, Brasil. 2016-2018.



Fuente: elaboración propia, 2019.

Aunque el folleto presenta un excelente nivel de acuerdo entre las personas expertas, se propusieron y aceptaron algunas sugerencias de modificación. Se sugirió señalar los modos principales para una vida saludable, sustituir los textos escritos con voz pasiva y en forma de preguntas para la voz activa que favorecen la coherencia interna y la facilidad de comprensión textual.

El IVC mundial fue de 0.94, calculado sobre la base de las 98 respuestas, proporcionando la validación del folleto por los expertos. En la validación por líderes de las comunidades quilombolas, el 99 % declaró que, después de leer el folleto, saben lo que deben hacer para tener una vida con salud y que creen que el folleto contribuirá a una mejor comprensión de la población sobre cómo mantenerse saludable.

En cuanto a la claridad del contenido, el 100 % de líderes lo consideraron apropiado, así como subrayaron que el folleto contiene información importante sobre las medidas de prevención de enfermedades y estilos de vida saludables y el 85 % sugirió la inclusión de los nombres populares de accidente cerebrovascular e infarto.

Después de las sugerencias de líderes, la versión final del folleto validado tiene su contenido distribuido en seis páginas (Figura 4 ver al final del documento). La prueba de legibilidad flesch dio como resultado un índice de 90 puntos, en una escala de 0 a 100, que caracteriza una alta legibilidad de la parte textual del folleto, así como la coherencia con el nivel de escolarización de las quilombolas. La Alfa de Cronbach mostraba un valor de 0.94, caracterizando la alta fiabilidad y la consistencia interna del folleto.

5. Discusión

Al considerar las características de las quilombolas (estilos de vida, perfil social, económico y clínico y diagnósticos de laboratorio), el nivel de conocimiento sobre ECNT y la identificación de las debilidades y amenazas a las que están expuestas estas personas, fue posible construir un folleto asertivo para promover la salud en sus comunidades.

El proceso de validación del folleto por parte de personas expertas y líderes de las comunidades fue uno de los diferenciales de este estudio, así como la evaluación de varios indicadores antropométricos y parámetros de laboratorio para la identificación del riesgo cardiovascular y cardio metabólico, lo que permitió una caracterización precisa de quilombolas identificando oportunidades para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades dirigidas a este grupo de población.

La salud de la población sufre un gran impacto debido a las disparidades sociales (Souza, Casotti, Bello, Nora y Marques, 2012), entre ellos se encuentran la concentración de las peores condiciones socioeconómicas en las zonas rurales. Este escenario denota una condensación de problemas de salud dirigidos a este perfil poblacional, incluyendo a quilombolas, con respecto a la ineficacia de políticas públicas específicas.

Busanello, Nalú, Barros, Biondi y Vaghetti (2013) demostraron que los ingresos y la escolarización son marcadores sociales que interfieren con las tasas de mortalidad asociadas con las ECNT. Se

entiende que el folleto puede favorecer la comprensión de las quilombolas con una baja escolarización sobre lo que tienen que hacer para tener una forma de vida saludable y prevenir las ECNT.

El color de la piel autoinformada en esta investigación indicaba una mayoría de personas pardas, aunque se esperaba predominio de población negra. Por casualidad, la autodeclaración determinó un color contradictorio que se observó durante el tiempo de recopilación de datos. Esto sugiere que las personas encuestadas no saben cómo clasificar su color o no quieren autodeclararse como personas negras, debido al estigma histórico de los prejuicios en relación con el color de la piel en Brasil.

La participación en actividades culturales y la preservación de las tradiciones afrodescendientes fue reportada por las quilombolas, quienes reforzaron la periodicidad de tales actividades. Estos son un potencial importante para la promoción de la salud al considerar que la práctica del ocio, la cultura y las buenas interacciones sociales contribuyen a tener una buena salud (Ministerio de Salud, 2017).

Factores de comportamiento y salud también influyen en este proceso, como el tabaquismo, el alcoholismo, el sedentarismo, la dieta inadecuada y la obesidad (Oliveira y Caldeira, 2016). En el presente estudio, la mayoría de las quilombolas no fumaban ni consumían bebidas alcohólicas; un hecho que configura el potencial de mantenimiento en el rango de normalidad de los niveles de presión arterial en ambos sexos.

Aunque los hombres tienen entre sus potencialidades la ausencia de obesidad central y actividad física regular, en su mayoría presentaron altos niveles de colesterol total y obesidad, como lo demuestra el IAC. Por otro lado, las mujeres también tenían colesterol total alto, pero tenían obesidad abdominal, sobrepeso y un estilo de vida sedentario.

Cabe destacar que la edad media de ambos sexos se convierte en un punto de atención en relación con la disminución de los índices de testosterona en los hombres, así como la reducción de las concentraciones de estrógenos en el período después de la menopausia en las mujeres, que puede causar un aumento en la grasa abdominal visceral y la dosis de lípidos séricos, que se correlacionan con la resistencia a la insulina, la hipertensión y la potencialización del riesgo de eventos cardiovasculares (Pucci *et al.*, 2017).

La situación actual de las quilombolas demuestra las amenazas externas como bajos niveles de escolaridad e ingresos, inseguridad alimentaria grave o moderada, con fácil acceso a alimentos industrializados de bajo costo con altos niveles de sodio y los indicadores antropométricos fuera de la normalidad, que son factores que pueden favorecer el desarrollo de ECNT.

La garantía de asistencia, acceso a la salud y mejores condiciones de vida en las comunidades quilombolas depende de la inversión en infraestructura, considerando la necesidad de implantación y mantenimiento de redes básicas de saneamiento, suministro de agua tratada, electricidad, mejora de las carreteras de acceso y construcción de puestos sanitarios (Jorge, Beserra y Moura, 2016).

El Ministerio de Salud de Brasil reconoce las circunstancias de iniquidad y vulnerabilidad en la salud de la población negra. La desigualdad social brasileña se basa en la desigualdad racial y se evidencian varios obstáculos en relación con la participación igualitaria de las personas negras en numerosas esferas de la vida social y el acceso a la salud. El racismo inserta a personas de grupos raciales o étnicos en desventaja en el acceso a los beneficios ofrecidos por las instituciones y organizaciones, incluida la falta de eficacia en la aplicación de las políticas públicas (Ministerio de Salud, 2017).

Souza, Chaves, Jesus, Aliaga y Ribeiro-Silva (2013) reforzaron el hecho de que los hogares con un mayor número de residentes y predominantemente el color de piel no blanco son más propensos a la inseguridad alimentaria moderada y grave y a una mayor vulnerabilidad a condiciones socioeconómicas inadecuadas, porque la aglomeración intradomiciliario da como resultado que más residentes sean alimentados.

Al evaluar los parámetros bioquímicos, los hombres y las mujeres quilombolas presentaron un predominio de niveles elevados de colesterol total (CT). Las concentraciones elevadas de CT aumentan las posibilidades de desarrollo de ECNT, siendo exacerbadas por la obesidad y varios otros factores, como los hábitos alimenticios, la historia familiar y el estilo de vida sedentario (Pucci *et al.*, 2017; Estrada, González y Torres, 2018).

A partir de la matriz de SWOT construida, hay algunas oportunidades para la promoción de la salud y la prevención de la ECNT en las quilombolas a través del folleto educativo, como el incentivo de la actividad física regular y la mejora de los hábitos alimenticios que se pueden lograr a través de la agricultura de subsistencia.

La intervención educativa y el intercambio de conocimientos con las quilombolas fue una estrategia de promoción de la salud y contribuyó a la construcción del folleto. Oliveira, Lopes y Fernandes (2014) señalaron que conocer la población estudiada permite a las personas autoras incluir sus ideas en la elaboración del instrumento educativo.

6. Conclusión

La experiencia de personas expertas en el contenido de las diferentes áreas de conocimiento permitió la validación de una imprimación atractiva, confiable y fácil de entender para las quilombolas. Teniendo en cuenta, además de la evaluación de las personas expertas y el juicio de líderes comunitarios permitió verificar si el folleto cumplía con las expectativas de las quilombolas, así como la adecuada comprensión de los temas abordados.

La promoción, la educación en salud y la posterior construcción y validación del folleto educativo demostraron ser pertinentes, ya que guiaban la orientación de las personas encuestadas a buscar la mejora de los hábitos de salud y el estilo de vida, demostrando la importancia del autocuidado. Cabe destacar que la educación sanitaria contribuye a la modificación de los factores de riesgo como parte de las acciones de promoción de la salud y el folleto elaborado en esta investigación es una herramienta importante para guiar los objetivos de la atención sanitaria.

Al final del estudio, es posible concluir que se logró el objetivo propuesto, ya que el folleto educativo titulado "Aprenda cómo cuidar su salud" fue validado para el diseño y el contenido con especialistas y la facilidad de comprensión con los líderes comunitarios quilombolas.

7. Agradecimiento

Agradecimientos al Programa de Postgrado en Salud y Medio Ambiente de la Universidade Tiradentes, Brasil.

8. Referencias

- Ansari, M., Rassouli, M., Akbari, M. E., Abbaszadeh, A. y Sari, A. A. (2018). Educational Needs on Palliative Care for Cancer Patients in Iran: A SWOT Analysis. *Int J Community Based Nurs. Midwifery*, 6(2), 111-124.
- Bergman, R. N., Stefanovski, D., Buchanan, T. A., Sumner, A. E., Reynolds, J. C., Sebring, N. G., Xiang, A. H. y Watanabe, R. M. (2011). A Better Index of Body Adiposity. *Obesity*, 19(5), 1083-1089.
- Bonita, R., Magnusson, R., Bovet, P., Zhao, D. Malta, D. C., Geneau, R., Suh, I. I., ... y Beaglehole, R. (2013). Country Action Country actions to meet UN commitments on non-communicable diseases: a stepwise approach. *Lancet*, 381(9866), 575-84.
- Beaglehole, R., Bonita, R., Horton, R., Ezzati, M., Bhala, N., Amuyunzu-Nyamongo, M., ... y Srinath Reddy, K. (2012). Measuring progress on NCDs: one goal and five targets. *Lancet*, 380(9850), 1283-1285.
- Busanello, J., Nalú, K. P. C., Barros, A. M., Biondi, H. S. y Vaghetti, H. H. (2013). Necessidades coletivas e individuais de saúde de população com doença cardiovascular. *Rev. de Enf. UFPE*, 7(esp.), 7195-7199.
- Carmo, M. E. y Guizardi, F. L. (2018). O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. *Cad. Saúde Pública*, 34(3), 1-14.
- Chirdkiatisak, M., Sranachoenpong, K., Churak, P. y Praditsorn, P. (2019). Thai diabetes prevention education program: development and validation of the Thai physical activity questionnaire for at-risk people. *J. Saúde Pública (Berl.)*, 27, 659-667.
- Corrêa, M. M., Tomasi, E., Thumé, E., Oliveira, E. R. A. y Facchini, L. A. (2017). Razão cintura-estatura como marcador antropométrico de excesso de peso em idosos brasileiros. *Cad. Saúde Pública*, 33(5), 1-14.
- Estrada, A. V., González, C. N. O. y Torres, G. Z. (2018). Asociación de calidad de dieta y obesidad. *Población y Salud en Mesoamérica*, 16(1), 1-18.
- Faludi, A. A., Izar, M. C. O., Saraiva, J. F. K., Chacra, A. P. M., Bianco, H. T., Afiune, N. A., Bertolami, A., ... y Salgado Filho, W. (2017). Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2017. *Arq. Bras. Cardiol.*, 109(1), 1-76.

- Fernandes, S. L. y Santos, A. O. (2019). Itinerários Terapêuticos em um Quilombo Alagoano. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39(esp.), 38-52.
- Galindo Neto, N. M., Caetano, J. A., Barros, L. M., Silva, T. M. y Vasconcelos, E. M. R. (2017). Primeiros socorros na escola: construção e validação de cartilha educativa para professores. *Acta Paul. Enferm.*, 30(1), 87-93.
- Jorge, D. S., Beserra, M. R. B. y Moura, T. F. (2016). Movimento negro: a atuação política do movimento como fator de conversão de suas demandas em políticas públicas. *Caderno Virtual*, 1(32), 1-18.
- Kontis, V., Mathers, C. D., Rehm, J., Stevens, G. U., Kevin, E., Bonita, R., ... y Majid Ezzati. (2014). Contribution of six risk factors to achieving the 25× 25 non-communicable disease mortality reduction target: a modelling study. *The Lancet*, 384(9941), 427-437.
- Leite, D., Martins, A. L., Ferreira, J., Batista, K. N. y Rosário, M. J. (2016). Racismo, saúde e comunidades remanescentes de quilombos: reflexões da fisioterapia. *Revista PET Interdisciplinar e Programa Conexões/UFPA*, 1(1), 111-116.
- Lima, A. C. M. A. C. C., Bezerra, K. C., Sousa, D. M. N., Rocha, J. F. y Oriá, M. O B. (2017). Construção e Validação de cartilha para prevenção da transmissão vertical do HIV. *Acta Paul. enferm.*, 30(2), 181-189.
- Madeira, Z. y Gomes, D. D. O. (2018). Persistentes desigualdades raciais e resistências negras no Brasil contemporâneo. *Serv. Soc. Soc.*, 133, 463-479.
- Malachias, M. V. B., Souza, W. K. S. B., Plavnik, F. L., Rodrigues, C. I. S., Brandão, A. A., Neves, M. F. T., ... y Moreno Júnior, H. (2016). Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arq. Bras. Cardiol.*, 107(3), 1-103.
- Malta, D. C., Andrade, S. S. C. A., Oliveira, T. P., Moura, L., Prado, R. R. y Souza, M. F. M. (2019). Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. *Rev. bras. epidemiol.*, 22, 1-13.
- Malta, D. C., Morais Neto, O. L. y Silva Júnior, J. B. (2011). Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 20(4), 425-438.

- Malta, D. C., Oliveira, T. P.; Santos, M. A. S.; Andrade, S. S. C. A. y Silva, M. M. A. (2016). Avanços do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2015. *Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília*, 25 (2), 373-390.
- Malta, D. C., Stopa, S. R., Szwarcwald, C. L., Gomes, N. L., Silva Júnior, J. B. y Reis, A. A. C. (2015). A Vigilância e o Monitoramento das Principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil - Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev. Bras. Epidemiol.*, 18 (Supl. 2), 3-16.
- Marfell-Jones, M. J., Stewart, A. D. y de Ridder, J. H. (2012). *International standards for anthropometric assessment. International Society for the Advancement of Kinanthropometry*. Nova York, United States of America: Publisher Routledge.
- Matsudo, S., Araújo, T., Matsudo, V., Andrade, D., Andrade, E., Oliveira, L. C. y Braggion, G. (2001) Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Rev. Bras. de Atividade Física & Saúde*, 6(2), 05-18.
- Melo, M. F. T. y Silva, H. P. (2015). Doenças crônicas e os determinantes sociais da saúde em comunidades quilombolas do Pará, Amazônia, Brasil. *Revista da ABPN*, 7(16), 168-189.
- Ministerio de Cultura. Fundação Cultural dos Palmares (FCP). (2019). *Certidões expedidas às comunidades remanescentes de quilombos (CRQs)*. Portaria nº 34/2019. Recuperado de <http://www.palmares.gov.br/sites/mapa/crqs-estados/crqs-se-1902019.pdf>.
- Ministerio de Salud. (2017). *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS* (3. Ed). Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf.
- Ministerio de Salud. (2018). *Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde – APPMS*. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_prioridades_pesquisa_ms.pdf
- Ministerio de Salud. (2011). *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022*. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf
- Miot, H. A. (2011). Tamanho da amostra em estudos clínicos e experimentais. *J. Vasc. Bras.*, 10(4), 275-278.

- Oliveira, S. C., Lopes, M. V. O. y Fernandes, A. F. C. (2014). Construção e validação de cartilha educativa para alimentação saudável durante a gravidez. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 22(4), 611-20.
- Oliveira, S. K. M. y Caldeira, A. P. (2016). Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em Quilombolas do norte de Minas Gerais. *Cad. saúde colet.*, 24(4), 420-427.
- Organização das Nações Unidas. (2015). *Departamento de Informação Pública das Nações Unidas. Década Internacional de Afrodescendentes — 2015 – 2024*. Recuperado de https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2016/05/WEB_BookletDecadaAfro_portugues.pdf
- Organização das Nações Unidas. (2013). *Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013-2020*. Recuperado de https://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/
- Organização das Nações Unidas. (2014). *General Assembly High-Level Meeting on Non-Communicable Diseases Urges. National Targets, Global Commitments to Prevent Needless Loss of Life United Nations*. Recuperado de <http://www.un.org/News/Press/docs/2014/ga11530.doc.htm>
- Organização das Nações Unidas. (2011). *Political declaration of the high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of non-communicable diseases*. Recuperado de https://www.who.int/nmh/events/un_ncd_summit2011/political_declaration_en.pdf
- Pereira, L. L. y Santos, L. M. P. (2018). Programa Mais Médicos e Atenção à Saúde em uma comunidade quilombola no Pará. *Argum.*, 10(2), 203-219.
- Polit, D. F. y Beck, C. T. (2006). The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Rev. Nurs Health.*, 29(5), 489-497.
- Pucci, G., Alcidi, R., Toque, G., Battista, F., Mattace-Raso, F. y Schillaci, L. (2017). Sex- and gender-related prevalence, cardiovascular risk and therapeutic approach in metabolic syndrome: a review of the literature. *Pharmacol Res.*, 120, 34-42.
- Santos, L. P., Lindemann, I. L., Motta, J. V. S., Mintem, G., Bender, E. y Gigante, D. P. (2014). Proposta de versão curta da Escala Brasileira de Insegurança. *Rev. Saúde Pública*, 48(5), 783-789.
- Sousa, C. S. y Turrini, R. N. T. (2012). Validação de constructo de tecnologia educativa para pacientes mediante aplicação da técnica Delphi. *Acta Paul Enferm.*, 25(6), 990-6.