

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Luis Lopes Sombra Neto

**Análise dos fatores associados ao processo saúde-doença-cuidado mental em trabalhadores(as) rurais da agricultura familiar e da pesca artesanal**

Eusébio

2021

Luis Lopes Sombra Neto

**Análise dos fatores associados ao processo saúde-doença-cuidado mental em trabalhadores(as) rurais da agricultura familiar e da pesca artesanal**

Dissertação elaborada no curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE e apresentada ao Programa de Pós-graduação em rede Saúde da Família, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família. Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas em uma Rede Nacional.

Orientadora: Profa. Dra. Vanira Matos Pessoa.

Eusébio

2021

Título do trabalho em inglês: Analysis of factors associated with mental health-disease-care process in rural workers in family farming and artisanal fishing.

Catálogo na fonte  
Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde  
Biblioteca de Saúde Pública

S693a Sombra Neto, Luis Lopes.  
Análise dos fatores associados ao processo saúde-doença-cuidado mental em trabalhadores(as) rurais da agricultura familiar e da pesca artesanal / Luis Lopes Sombra Neto. -- 2021.  
140 f. : il. color. ; mapas ; tab.  
  
Orientadora: Vanira Matos Pessoa.  
Dissertação (Mestrado em Saúde da Família – PROFSAÚDE) – Fundação Oswaldo Cruz, Eusébio, CE, 2021.  
  
1. População Rural. 2. Saúde da População Rural. 3. Serviços de Saúde. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Saúde Mental. I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.2

Luis Lopes Sombra Neto

**Análise dos fatores associados ao processo saúde-doença-cuidado mental em trabalhadores(as) rurais da agricultura familiar e da pesca artesanal**

Dissertação elaborada no curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE e apresentada ao Programa de Pós-graduação em rede Saúde da Família, na Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família. Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas em uma Rede Nacional.

Aprovada em: 25 de fevereiro de 2021.

Banca Examinadora



---

Prof. Dra. Magda Moura de Almeida  
Secretaria da Saúde do Estado do Ceará



---

Prof. Dr. Roberto Wagner Júnior Freire de Freitas  
Fundação Oswaldo Cruz



---

Prof. Dra. Vanira Matos Pessoa (Orientadora)  
Fundação Oswaldo Cruz

Eusébio

2021

## RESUMO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) realiza cuidados da população adscrita em um território, devendo lidar com as singularidades no processo saúde-doença-cuidado, como os relacionados aos aspectos mentais. Este estudo analisou os fatores que contribuíram para o processo saúde-doença-cuidado mental em pescadores(as) artesanais e agricultores(as) familiares que vivem no território rural em um município do Nordeste brasileiro. É um estudo analítico com abordagem quantitativa e delineamento transversal com 152 agricultores(as) familiares e/ou pescadores(as) artesanais realizada no município de Novo Oriente, Ceará, Brasil. A coleta de dados foi no período de setembro a outubro de 2020, por meio de formulário no software ODK. Os dados coletados foram: sociodemográficos, biopsicossociais e avaliação dos cuidados em saúde, além destes foram aplicados teste de rastreio para sofrimento mental (SRQ-20) e uso abusivo de álcool (AUDIT), medidas antropométricas, aferição de pressão arterial e glicemia capilar. Os cálculos estatísticos foram realizados no programa SPSS, sendo a análise descritiva com frequência absoluta e relativa, média aritmética e desvio-padrão das variáveis e a análise analítica com teste de qui-quadrado de independência e regressão logística multivariada. Os resultados demonstraram algumas vulnerabilidades: deficiência no tratamento da água para consumo (19,5% n=29), existência de problemas ambientais (25,7% n=39), insatisfação com a produção (26,6% n=40), baixa renda familiar (34,6% n=47), inexistência de escolas (75% n=114) ou creches (88,2% n=134), carência de opções de lazer (51,3% n=78) e preocupação com alimentação (37,5% n=57). Na avaliação da saúde foram detectados: alto risco cardiovascular pela relação cintura-quadril (37,8% n=57) e sofrimento mental (23% n=35). Evidenciou-se fragilidades nos cuidados em saúde e avaliação do serviço: não fazem acompanhamento de saúde (51,3% n=78), falta de conhecimento sobre a ESF (67,1% n=102), distância da casa à unidade básica de saúde (UBS) acima de 5 km (58,2% n=64), faltam profissionais na UBS (59,5% n=78%) e compra de medicamentos (87% n=54). Na análise por regressão logística ajustada houve correlação do sexo feminino [OR= 3,8; IC 95%=1,62 - 8,91; p= 0,002] e do tipo de trabalho agricultura e trabalho doméstico [OR= 6,28; IC 95%=1,21-32,70; p=0,049] com o desfecho de sofrimento mental. Portanto, o trabalho rural e a saúde mental, principalmente relacionados às mulheres, devem ser destacados no acompanhamento das equipes de saúde da família rural, buscando melhoria no acesso e na qualidade dos serviços.

Palavras-chaves: População Rural; Saúde da População Rural; Serviços de Saúde Rural; Atenção Primária à Saúde; Saúde Mental

## ABSTRACT

The Family Health Strategy (FHS) takes care of the population registered in a territory, dealing with the singularities in the health-disease-care process, such as those related to mental aspects. This study analyzed the factors that contributed to the health-disease-mental care process in artisanal fishermen and family farmers who live in rural areas in municipality the Northeast Region of Brazil. It is an analytical study with a quantitative approach and cross-sectional design with 152 family farmers and/or artisanal fishermen carried out in the municipality of Novo Oriente, Ceará, Brazil. Data collection was from September to October 2020, using a form in the ODK software. The data collected were: sociodemographic, biopsychosocial and health care assessment, in addition to these were tested for screening for mental suffering (SRQ-20) and alcohol abuse (AUDIT), anthropometric measures, blood pressure measurement and capillary blood glucose. Statistical calculations were performed in the SPSS program, being a descriptive analysis with absolute and relative frequency, arithmetic mean and standard deviation of variables and an analytical analysis with chi-square test of independence and multivariate logistic regression. The results showed some vulnerabilities: deficiency in the treatment of drinking water (19.5% n = 29), existence of environmental problems (25.7% n = 39), dissatisfaction with production (26.6% n = 40), low family income (34.6% n = 47), absence of schools (75% n = 114) or daycare centers (88.2% n = 134), lack of leisure options (51.3% n = 78) and concern about food (37.5% n = 57). In the health assessment, high cardiovascular risk was detected by the waist-to-hip ratio (37.8% n = 57) and mental distress (23% n = 35). Weaknesses in health care and service evaluation were evidenced: they do not do health monitoring (51.3% n = 78), lack of knowledge about the FHS (67.1% n = 102), distance from home to the basic unit health care (UBS) over 5 km (58.2% n = 64), there is a lack of professionals in the UBS (59.5% n = 78%) and purchase of medicines (87% n = 54). In the analysis by adjusted logistic regression, there was a female correlation [OR = 3.8; 95% CI = 1.62 - 8.91; p = 0.002] and the type of work agriculture and domestic work [OR = 6.28; 95% CI = 1.21 - 32.70; p = 0.049] with the outcome of mental suffering. Therefore, rural work and mental health, mainly related to women, should be highlighted in the monitoring of rural family health teams, seeking to improve access and quality of services.

**Keywords:** Rural Population; Rural Health; Rural Health Services; Primary Health Care; Mental Health.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AUDIT	Alcohol Use Disorder Identification Test
CAPS	Centro de Atendimento Psicossocial
DORT	Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
ESF	Estratégia Saúde de Família
IAC	Índice de Adiposidade Corporal
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano
IMC	Índice de Massa Corpórea
LER	Lesões por Esforços Repetitivos
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
ODK	Open Data Kit
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNSIPCF	Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta
PNSIPCFA	Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas
PSF	Programa Saúde da Família
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SQR-20	Self-Reporting Questionnaire
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCM	Transtornos Mentais Comuns
UBS	Unidade Básica de Saúde
UAPS	Unidade de Atenção primária à Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1-	Localização do município de Novo Oriente, Ceará, Brasil, 2020.....	32
Figura 2-	Coleta de dados no município de Novo Oriente, Ceará, Brasil, 2020.....	36
Figura 3-	Participantes da oficina de articulação do estudo em Eusébio, Ceará, Brasil, 2019.....	37
Figura 4-	Grupos focais com os participantes na oficina de articulação do estudo em Eusébio, Ceará, Brasil, 2019.....	38
Figura 5-	Análise situacional dos territórios rurais em conjunto na oficina com representantes rurais e pesquisadores em Eusébio, Ceará, Brasil, 2019.....	38
Figura 6-	Oficina de treinamento para coleta de dados da pesquisa em Eusébio, Ceará, Brasil, 2020.....	41
Figura 7-	Treinamento das pesquisadoras de campo para coleta de dados em Eusébio, Ceará, Brasil, 2020.....	41



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Comparação de proporções sobre estilos de vida dos indivíduos acima de 18 anos nos territórios rurais e urbanos no Brasil, 2013.....	17
Tabela 2-	Comparação de proporções sobre percepção do estado de saúde dos indivíduos acima de 18 anos nos territórios rurais e urbanos no Brasil, 2013.....	18
Tabela 3-	Comparação de proporções sobre doenças crônicas nos indivíduos acima de 18 anos que vivem nos territórios rurais e urbanos no Brasil, 2013.....	19
Tabela 4-	Perfil sociodemográfico do município da pesquisa.....	32
Tabela 5-	Cálculo amostral da pesquisa.....	35

### Manuscrito 1

Tabela 1-	Avaliação das condições biopsicossociais de famílias que trabalham na agricultura familiar camponesa e na pesca artesanal em Novo Oriente, Ceará, Brasil, 2020.....	52
Tabela 2-	Problemas de saúde já apresentados, por ordem de frequência, nas famílias que trabalham na agricultura familiar camponesa e na pesca artesanal em Novo Oriente, Ceará, Brasil, 2020. (n=152).....	56
Tabela 3-	Casos de internações e/ou óbitos, por ordem alfabética, nos últimos cinco anos, nas famílias que trabalham na agricultura familiar camponesa e da pesca artesanal de Novo Oriente, Ceará, Brasil, 2020. (n=152).....	58

### Manuscrito 2

Tabela 1-	Distribuição das características sociodemográficas de trabalhadores e trabalhadoras da agricultura familiar camponesa e da pesca artesanal de Novo Oriente, Ceará, Brasil, 2020.....	71
Tabela 2-	Avaliação da situação de saúde de trabalhadores e trabalhadoras da agricultura familiar camponesa e da pesca artesanal de Novo Oriente, Ceará, Brasil, 2020 .....	72
Tabela 3-	Serviços ofertados nos postos de saúde já utilizados pelas famílias que trabalham na agricultura familiar camponesa e na pesca artesanal em Novo Oriente, Ceará, Brasil, 2020.....	74
Tabela 4-	Avaliação dos cuidados de saúde pelos trabalhadores e trabalhadoras da agricultura familiar camponesa e da pesca artesanal de Novo Oriente, Ceará, Brasil, 2020.....	75

Manuscrito 3

Tabela 1- Relação do sofrimento mental com os dados sociodemográficos dos trabalhadores e trabalhadoras da agricultura familiar camponesa e da pesca artesanal de Novo Oriente, Ceará, Brasil, 2020. (n=152).....	91
Tabela 2- Relação do sofrimento mental com os dados biopsicossociais dos trabalhadores e trabalhadoras da agricultura familiar camponesa e da pesca artesanal de Novo Oriente, Ceará, Brasil, 2020.....	92
Tabela 3- Relação entre gênero e trabalho dos trabalhadores e trabalhadoras da agricultura familiar camponesa e da pesca artesanal de Novo Oriente, Ceará, Brasil, 2020. (n=152).....	96
Tabela 4- Análise bruta e ajustada da associação de sofrimento mental com os dados sociodemográficos dos trabalhadores e trabalhadoras da agricultura familiar camponesa e da pesca artesanal de Novo Oriente, Ceará, Brasil, 2020. (n=152).....	97
Tabela 5- Análise bruta e ajustada da associação de sofrimento mental com os dados biopsicossociais dos trabalhadores e trabalhadoras da agricultura familiar camponesa e da pesca artesanal de Novo Oriente, Ceará, Brasil, 2020. (n=152).....	97

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>14</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>15</b>
3.1	OBJETIVO GERAL .....	15
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	15
<b>4</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>16</b>
4.1	SAÚDE NOS ESPAÇOS RURAIS: DESAFIOS CONCEITUAIS E DE SAÚDE NA APS DIANTE DE ALGUNS INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS .....	16
4.2	RELAÇÃO ENTRE SAÚDE E TRABALHO RURAL .....	23
4.3	ANÁLISE SITUACIONAL DA SAÚDE MENTAL BRASILEIRA PARA A POPULAÇÃO QUE VIVE EM TERRITÓRIOS RURAIS .....	26
<b>5</b>	<b>MÉTODO</b> .....	<b>31</b>
5.1	TIPO DE ESTUDO/DELINEAMENTO.....	31
5.2	LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO .....	31
5.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO .....	34
5.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DOS PARTICIPANTES .....	34
5.5	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DOS PARTICIPANTES .....	34
5.6	AMOSTRA DO ESTUDO .....	35
5.7	COLETA DE DADOS .....	36
5.8	PRINCIPAIS VARIÁVEIS A SEREM COLETADAS .....	43
5.9	PROCESSAMENTO DE DADOS .....	44
5.10	ANÁLISE DOS DADOS .....	44
5.11	ASPECTOS ÉTICOS DA INVESTIGAÇÃO .....	45
<b>6</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>46</b>
6.1	ARTIGO: “CARACTERIZAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE DE FAMÍLIAS QUE VIVEM DA AGRICULTURA FAMILIAR E DA PESCA ARTESANAL”.....	47
6.2	ARTIGO: “AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO E DOS CUIDADOS EM SAÚDE NA REALIDADE RURAL: ESTUDO COM AGRICULTORES (AS) FAMILIARES E PESCADORES (AS) ARTESANAIS”.....	66

6.3	ARTIGO: “SAÚDE MENTAL DE AGRICULTORES(AS) FAMILIARES E PESCADORES(AS) ARTESANAIS: AVALIAÇÃO DOS FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E BIOPSIKOSSOCIAIS”.....	85
7	<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>105</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>107</b>
	<b>APÊNDICE A- PROTOCOLO DE BIOSEGURANÇA COVID-19.....</b>	<b>114</b>
	<b>APÊNDICE B- FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS QUANTITATIVOS.....</b>	<b>116</b>
	<b>APÊNDICE C- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>134</b>
	<b>ANEXO A- PARECER COMITÉ DE ÉTICA EM PESQUISA.....</b>	<b>136</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O território em que habita um grupo de indivíduos não se limita às suas determinações geográficas, constituindo, na realidade, um processo dinâmico de fatores biológicos, psicológicos, sociais, históricos, culturais, econômicos, políticos, dentre outros. Nesse contexto, determina-se uma ampla relação da forma com que se organiza uma sociedade com seu processo de saúde-doença-cuidado, demonstrando a importância da análise do território como um sistema em constante transformação (BUSS, 2007; PESSOA et al., 2013).

No Brasil, adota-se a Estratégia Saúde da Família (ESF), como modelo de atenção à saúde, que preconiza como prioritário a análise da situação de saúde baseando-se no território adstrito e suas peculiaridades, considerando, entre outros, os princípios da equidade e da universalidade para avaliar determinantes de vulnerabilidade e perfil da população, em vez de dados superficiais sobre a quantidade de população no território (BRASIL, 2017).

Nesse contexto, insere-se a análise dos dados de saúde nos territórios rurais, os quais comprovadamente mostram-se piores em indivíduos que moram nestas áreas comparados aos que moram em área urbana: autoavaliação de saúde regular/ruim/muito ruim (45%/32%), saber ler e escrever(77%/94%), primeira gravidez antes de 20 anos (28%/19%), nunca frequentou assistência odontológica (9%/2%), pessoas com algum tipo de deficiência (7,4%/6%), usuários atuais de tabaco (17%/15%), mulheres com idade recomendada que não realizaram mamografia (38%/16%), dentre outros (SAVASSI; 2018; IBGE, 2013).

A atenção primária à saúde (APS) está diretamente relacionada aos cuidados dessa população e deve estar preparada para lidar com as singularidades do processo de adoecimento desse grupo e as especificidades nos aspectos biopsicossociais envolvidos no intuito de realizar promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de maneira adequada e eficaz. Sendo assim, não se torna adequado transpor dados encontrados em áreas urbanas e simplesmente adaptá-los para as áreas rurais (GERHARDT; LOPES, 2015; LIMA et al., 2018).

Ainda são encontradas diversas limitações que necessitam serem superadas na consolidação de uma APS de qualidade, como: dificuldade de acesso, carência de serviços de saúde, falta de materiais para assistência, escassez e dificuldade de fixação de profissionais, barreira política, dentre outros. Garantir o acesso à saúde e seus aspectos envolvidos é um dos grandes desafios a serem superados no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) (PESSOA; ALMEIDA; CARNEIRO, 2018).

Além disso, a associação de adoecimento físico e mental com as áreas rurais que habitam grande parte da população brasileira ainda é, muitas vezes, negligenciado pelos

profissionais de saúde, os quais não são especificamente capacitados para trabalhar nessas regiões. Essa realidade demonstra que as entidades educacionais necessitam preparar teoricamente e inserir seus alunos desde o início dos cursos nos atendimentos voltados para a população rural. E os profissionais que atuam nessas áreas necessitam de uma educação permanente para desenvolver habilidades e competências diante das particularidades desses pacientes (ALMEIDA et al., 2018a).

Essas limitações interferem e estão associadas diretamente com dados de saúde preocupantes relacionados ao adoecimento mental na população rural. IBGE (2019) constatou a porcentagem de 7,6% de pessoas que vivem em territórios rurais, maiores de 18 anos, com diagnóstico de depressão detectado por profissional de saúde mental, sendo mais prevalente em mulheres (12,6%). Destes 45,6% referem uso de medicamentos para tratamento da depressão e 11,4% possuem grau intenso ou muito intenso de limitações nas atividades habituais devido à doença. Além disso, 4,1% dos entrevistados alegaram terem sido diagnósticos com outra doença mental (esquizofrenia, transtorno bipolar, psicose ou transtorno obsessivo-compulsivo) por profissional de saúde mental.

Ao compararmos o acompanhamento dos pacientes com diagnóstico de depressão nos territórios rurais e urbanos, observou-se que, nos rurais, 47,9% destes receberam assistência médica para a doença nos últimos 12 meses, enquanto nos territórios urbanos encontrou-se o percentual de 53,4%. Dados ainda mais divergentes são encontrados na análise de pacientes com depressão que fazem acompanhamento em psicoterapia, em que se observou percentual de 13,4% em territórios rurais e 19,6% nos urbanos.(IBGE, 2019).

Na análise dos fatores contributivos para os problemas mentais observados na população rural é fundamental destacar o trabalho exercido nestes territórios, como pelos agricultores familiares e pescadores artesanais, o qual tem relação direta com seu ambiente e o espaço onde se vive. O sofrimento mental, muitas vezes, está associado ao esforço físico exorbitante no contexto capitalista de produção ou para consumo próprio, uso de agrotóxicos com ou sem equipamentos de segurança, políticas ineficazes de garantias de renda em períodos de escassez, preocupação com sustento familiar, dentre outros (PASTÓRIO; ROESLER; PLEIN, 2018).

Apesar de sua relevância, encontra-se uma tímida literatura publicada sobre o tema da saúde mental no ambiente rural. Em busca na plataforma de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), realizada em março/2021, utilizando os descritores controlados concomitantes: “população rural”, “saúde” e “Brasil”, encontrou-se 2.674 publicações. Ao especificar a busca, substituindo o descritor “saúde” por “saúde mental”,

os resultados mostram apenas 239 documentos. Utilizando os mesmos termos controlados em inglês na base de dados da Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) foram encontrados, respectivamente, 1.663 e 58 trabalhos.

Esses manuscritos são voltados principalmente para a temática sobre a saúde mental em mulheres e idosos ou para o sofrimento por causas específicas como violência doméstica ou uso abusivo de álcool/drogas, porém existe uma carência de estudos abordando, por exemplo, a saúde mental de trabalhadores rurais. Dados semelhantes foram encontrados por Junqueira et al. (2018), utilizando o banco de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO), identificou 444 trabalhos efetivos sobre a saúde da população rural ou políticas de saúde. Dentre estes estudos encontrados, 87% abrangiam apenas 13 grandes áreas do conhecimento, entretanto, entre estas áreas não está incluída a saúde mental, comprovando a escassez de estudos com essa abordagem.

Nas últimas décadas, por meio principalmente dos movimentos sociais, esses problemas presenciados nos territórios rurais ganharam maior visibilidade, culminando na Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). Em 2014, foi complementada com a inclusão das populações das águas, instituindo no âmbito do SUS a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA). Essa nova política tem como um dos principais objetivos melhorar o nível de saúde das populações que vivem nos meios rurais, buscando proporcionar um adequado acesso aos serviços de saúde; redução de riscos à saúde decorrentes dos processos de trabalho e das inovações tecnológicas agrícolas; e a melhoria dos indicadores de saúde e da sua qualidade de vida (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2014).

Na busca dessas melhorias para as populações dos campos, florestas e águas, os estudos epidemiológicos não podem limitar-se a elaboração de dados estatísticos sem uma análise crítica dos múltiplos fatores associados ao processo. Sendo assim, pesquisas sobre a saúde mental das pessoas que trabalham e vivem em áreas vulneráveis, como o território rural, necessitam serem realizados para reconhecer as necessidades e particularidades desse grupo com o intuito de reduzir suas fragilidades e minimizar os impactos da determinação social na construção do processo saúde-doença-cuidado. Diante dessa reflexão, surge a pergunta motivadora para a presente pesquisa: quais são os fatores associados ao processo saúde-doença-cuidado mental nos agricultores (as) familiares e/ou pescadores (as) artesanais?

## 2 JUSTIFICATIVA

Diante do meu grande interesse por pesquisa e docência, surgiu a oportunidade do ingresso no Mestrado Profissional em Saúde da Família, vinculado a uma instituição de ensino e pesquisa de renome nacional e internacional. Este Curso está possibilitando aprimorar minha prática médica na APS, aperfeiçoar minhas habilidades em docência e desenvolver as técnicas em pesquisa.

Correlacionado ao Mestrado Profissional, durante minha atuação como médico da ESF em localidades rurais do Ceará, observei a alta demanda relacionadas à saúde mental nessa população que, apesar de ser um problema de saúde tão recorrente e de dados epidemiológicos que comprovadamente demonstram piores indicadores de saúde nos territórios rurais, ainda existem poucas pesquisas brasileiras realizadas nesse campo do conhecimento.

Dessa forma, na busca de uma maior equidade para esta população, o estudo “Produção de indicadores para a avaliação das condições de vida das famílias e acesso aos serviços de atenção primária em territórios do litoral e do sertão do Ceará e do Rio Grande do Norte”, no qual está inserido a presente pesquisa, aborda as condições de vida e o acesso aos serviços da ESF, de famílias e indivíduos que residem e tem seu modo de vida alicerçado na agricultura familiar e na pesca artesanal.

Durante oficina do estudo realizada pelos pesquisadores com informantes-chaves e movimentos populares dos municípios da pesquisa, o sofrimento mental foi relatado como um dos maiores problemas enfrentados pelos indivíduos que vivem nos territórios rurais, corroborando com as pesquisas brasileiras e mundiais mais recentes sobre o tema que demonstram a necessidade da abordagem dessa importante temática para a saúde pública.

Portanto, associando o interesse pessoal pelo estudo sobre saúde mental, a necessidade de estudos sobre a temática e a demanda relatada pelos indivíduos envolvidos com as lutas sociais, este estudo surgiu com o intuito de discutir indicadores de saúde relacionados ao adoecimento mental nas famílias que vivem em territórios rurais e seus aspectos envolvidos no processo saúde-doença-cuidado, estimulando novas pesquisas, formação profissional, políticas públicas e, principalmente, uma melhor qualidade de vida para essa população.



### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar os fatores que contribuem para o processo saúde-doença-cuidado mental em pescadores(as) artesanais e agricultores(as) familiares que vivem no território rural em município do Nordeste brasileiro.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterizar as condições de vida das famílias que vivem da agricultura familiar e da pesca artesanal.
- Descrever a situação da saúde dos agricultores (as) familiar e/ou pescadores (as) artesanais.
- Analisar os cuidados em saúde ofertados em território rural.
- Relacionar os fatores biopsicossociais com o adoecimento mental dos indivíduos que trabalham na agricultura familiar e/ou pesca artesanal.

## 4 REVISÃO DE LITERATURA

### 4.1 SAÚDE NOS ESPAÇOS RURAIS: DESAFIOS CONCEITUAIS E DE SAÚDE NA APS DIANTE DE ALGUNS INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS

#### 4.1.1 Breve contextualização da definição de “rural” e dos dados de saúde nestes territórios no Brasil

O senso comum, muitas vezes, associa o termo “rural” ao termo “agrário”, descrevendo os territórios rurais como espaços simplesmente voltados para a produção agropecuária e extrativista. Além disso, vinculam o rural à localidade menos desenvolvida comparado ao urbano. Entretanto, existem diversas definições para o termo “rural”, baseando-se em critérios espaciais, culturais, produtivos, econômicos, oferta de serviços, densidade demográfica, dentre outros. Diante dessa diversidade de possibilidades, não existe uma definição concreta para o termo “rural” (SAVASSI et al, 2018).

Outro termo que está fortalecendo-se é o “rururbano” ou “rural-urbano” utilizado como alternativa para superar as limitações da dicotomia “rural” e “urbano” ao constatar que quase 15% da população nacional não pode ser definida como alguma dessas categorias isoladamente. Dessa forma, essa categoria intermediária tem a função indireta de destacar o conhecimento de saúde rural diante das complexidades sociais contemporâneas (TARGA, 2014).

Para fins de padronização com as pesquisas nacionais e internacionais mais recentes sobre a temática, neste estudo adotaremos a compreensão de rural preconizada pelo IBGE após atualização em 2017, utilizando como critério fundamental a *densidade demográfica*, além de considerar o *acesso à grandes centros urbanos e estruturação de bens e serviços*. Sendo assim, utilizando o cruzamento dessas variáveis, os municípios foram classificados em: predominantemente urbanos, intermediários e predominantemente rurais (IBGE, 2017).

Além disso, foi realizado outro cruzamento contemplando, além das variáveis anteriores, a *localização dos municípios* com o intuito de diferenciar, entre os classificados como intermediários e rurais, aqueles adjacentes a centros urbanos de maior hierarquia daqueles que se encontram remotos. Dessa forma, segundo IBGE (2017), os municípios se classificariam em: *urbano, intermediário adjacente, intermediário remoto, rural adjacente e rural remoto*.

Com essa classificação, 76% da população brasileira encontra-se em áreas predominantemente urbanas, porém corresponde apenas a 26% do total de municípios brasileiros. A maior parte dos municípios enquadram-se na classificação de predominantemente

rurais (60,4%), sendo 54,6% como rurais adjacentes e 5,8% como rurais remotos. Entre as regiões brasileiras, o Nordeste destacou-se como a região que possui a menor porcentagem de pessoas (59,3%) em municípios urbanos, com quase 1/3 da população vivendo em municípios rurais (68,9%). Além disso, definiu-se que 45% dos municípios brasileiros possuem baixo grau de urbanização, ou seja, menos de 50% da população residente em áreas de ocupação densa.

Sendo assim, mesmo sem existir um consenso conceitual para classificação, os territórios rurais possuem comprovadamente uma alta prevalência em nível nacional. Além disso, a dinâmica do processo rural é uma realidade que se demonstra mais relevante no seu estudo de problemas de saúde, sociais e econômicas do que na superficial definição geográfica.

Nesse contexto, observamos indicadores de saúde piores ao compararmos os territórios rurais com os urbanos. Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE, 2013), estudo de base domiciliar, de âmbito nacional, em que um dos seus eixos é realizado por meio de questionário individual que é respondido por um morador de 18 anos ou mais do domicílio, é possível realizar a seguinte comparação sobre o estilo de vida:

Tabela 1- Comparação de proporções sobre estilos de vida dos indivíduos acima de 18 anos nos territórios rurais e urbanos no Brasil, 2013.

<b>INDICADORES SOBRE ESTILO DE VIDA</b>	<b>RURAL (%)</b>	<b>URBANOS (%)</b>	<b>BRASIL (%)</b>
Consumo recomendado de hortaliças e frutas	31,2	38,2	37,3
Consumem carne ou frango com excesso de gordura	45,8	35,8	37,2
Consumem peixe pelo menos um dia por semana	50,8	55,2	54,6
Dirigiram logo depois de ingestão alcoólica	30,4	23,6	24,3
Praticam o nível recomendado de atividade física no lazer	13,8	23,8	22,5
Insuficientemente ativos	48,3	45,6	46,0
Usuários atuais de produtos derivados do tabaco	17,4	14,6	17,4
Tentaram parar de fumar nos últimos 12 meses	50,3	51,2	51,1
Fumantes atuais de tabaco	16,7	14,4	14,7
Não fumantes expostos ao fumo passivo em casa	14,3	10,2	10,7
Fumantes expostos ao fumo passivo no trabalho	14,4	13,4	13,5

Fonte: IBGE, 2013

Ao analisar esses dados apresentados é possível constatar alguns hábitos de vida que se apresentam mais insatisfatórios nos territórios rurais do que nos urbanos, como os relativos à alimentação, sedentarismo e tabagismo. Esses hábitos de vida inadequados estão

comprovadamente relacionados à maior predisposição para desenvolver inúmeros problemas de saúde, como doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças pulmonares, dentre outras.

Em estudo que avaliou o perfil cardiovascular em comunidades rurais no Vale do Jequitinhonha, localizado no estado Minas Gerais do Brasil, baseando-se em sete fatores: quatro comportamentais (dieta, atividade física, tabagismo e peso corporal) e três biológicos (colesterol total, glicemia em jejum e pressão arterial), constatou quantidade expressiva de indivíduos com dados alterados relacionados principalmente a pressão arterial, dieta saudável e tabagismo. Dessa forma, esta população apresenta potencialmente um elevado risco para incapacidade e mortalidade (FELISBINO-MENDES et al, 2014).

Em estudo realizado por Xavier, Del-Ponte e Santos (2018) que traçou o perfil epidemiológico de tabagistas e fatores associados, em moradores de municípios rurais de Pelotas- Rio Grande do Sul, demonstrou uma prevalência de 16,6% de usuários de tabaco, sendo duas vezes maior nos homens, nas classes econômicas D ou E nos indivíduos que consideraram sua saúde ruim ou muito ruim. Além disso, foi encontrado que tabagismo iniciou em média aos 16,9 anos, consumo médio de cerca de 14 cigarros/dia, carga tabágica média de 22 maços/ano e o tipo de cigarro mais utilizado foi o de papel enrolado à mão.

Sobre a percepção do estado de saúde é possível avaliar que os territórios rurais apresentam menor prevalência de indivíduos com autoavaliação de saúde como boa ou muito boa e maiores prevalência de pessoas com dificuldade para locomover-se (IBGE,2013). Assim, como pode se analisar na tabela abaixo:

Tabela 2- Comparação de proporções sobre percepção do estado de saúde dos indivíduos acima de 18 anos nos territórios rurais e urbanos no Brasil, 2013.

<b>INDICADORES SOBRE PERCEPÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE</b>	<b>RURAL (%)</b>	<b>URBANOS (%)</b>	<b>BRASIL (%)</b>
Autoavaliação de saúde boa ou muito boa	55,1	67,9	66,1
Usam algum recurso (bengala, muleta, cadeira de rodas ou outro equipamento) para se locomover	2,8	2,5	2,5
Não conseguem ou têm grande dificuldade para se locomover	3,4	2,6	2,7

Fonte: IBGE, 2013

Esta pior autoavaliação do estado de saúde avaliada pelos indivíduos dos territórios rurais pode ter associação direta com as condições biopsicossociais em que esses indivíduos estão inseridos, como as condições de limitações de locomoção, tornando essas pessoas mais dependes para a realização de suas atividades e influenciando na sua autonomia e autoestima.

Em estudo brasileiro foi encontrado, com significância estatística, maior percentual de pacientes idosos dos territórios rurais que alegaram sua autopercepção de saúde como ruim ou regular, corroborando com estudos realizados com idosos de territórios rurais de Portugal. Além disso, estudo americano relaciona que quando mais isolado o meio rural em que o idoso vivia, pior foi a atuação da APS (BÓS, 2018; ARAÚJO; RAMOS; LOPES, 2011; FAN et al., 2012).

No cenário atual de envelhecimento da população mundial, é notório uma mudança dos problemas de saúde com a diminuição da prevalência de doenças infecciosas e aumento das doenças cardiovasculares. Essa transição epidemiológica, apesar de ainda apresentar índices relativamente altos de doenças transmissíveis nos territórios rurais, cada vez mais destaca-se o perfil das comorbidades crônicas nessas localidades. Diante da prevalência das doenças crônicas analisadas na Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE, 2013), algumas delas destacam-se pela dificuldade em seu diagnóstico e acompanhamento nos territórios rurais. Essa realidade pode ser observada na seguinte tabela:

Tabela 3- Comparação de proporções sobre doenças crônicas nos indivíduos acima de 18 anos que vivem nos territórios rurais e urbanos no Brasil, 2013.

<b>INDICADORES SOBRE DOENÇAS CRÔNICAS</b>	<b>RURAL (%)</b>	<b>URBANOS (%)</b>	<b>BRASIL (%)</b>
Nunca mediram sua pressão arterial	5,8	2,5	3,0
Diagnóstico médico de hipertensão arterial e o médico que as atendeu na última consulta era o mesmo das consultas anteriores	45,7	57,9	56,4
Nunca fizeram exame de sangue para medir a glicemia	21,5	9,9	11,5
Diagnóstico médico de diabetes e o médico que as atendeu na última consulta era o mesmo das consultas anteriores	57,1	66,2	65,2
Nunca fizeram exame de sangue para avaliar triglicérides e colesterol			
Diagnóstico médico de asma e possuem grau intenso ou muito intenso de limitações nas atividades habituais devido à asma	33,6	14,2	15,7
Diagnóstico médico de AVC em possuem grau intenso ou muito intenso de limitações nas atividades habituais devido ao AVC	29,6	25	25,5
Problema crônico de coluna	20,3	15,7	16,4

Fonte: IBGE, 2013.

Essas doenças estão diretamente relacionadas a inúmeros fatores, entre eles destaca-se a obesidade, a qual apresentou números expressivos de 29,5% de obesidade geral e 37,8% de obesidade abdominal em moradores de território rural em município de médio porte da região Sul do Brasil. Apesar da associação estatisticamente comprovada da ocupação relacionada à

atividade rural como fator de proteção para obesidade geral em mulheres e para obesidade abdominal em homens (MARTINS-SILVA, 2018).

Esses piores indicadores associados a muitas doenças crônicas, como as expostas no quadro: hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, acidente vascular cerebral, asma e problemas crônicos na coluna, demonstram o papel fundamental da APS para conduzir de maneira satisfatória a abordagem longitudinal dos indivíduos que vivem nos territórios rurais, principalmente nos aspectos relacionados ao diagnóstico e acompanhamento desses pacientes. Essa realidade torna-se ainda mais preocupante nos indivíduos idosos. Realizando a comparação de idosos que vivem em territórios rurais e urbanos, Bós (2018) ressaltou que idosos rurais apresentam menor frequência de planos de saúde, mas maior cobertura da ESF.

#### **4.1.2 APS para a população rural**

O Programa Saúde da Família (PSF), um dos pilares fundamentais da APS, surgiu em 1994 a partir do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com o intuito de transformar o modelo assistencialista vigente no Brasil em uma atenção em saúde mais voltada para promoção e prevenção em saúde. Ao longo dos anos, essa estratégia comprovadamente culminou em melhores indicadores em saúde, como redução da mortalidade infantil, diminuição da incidência de doenças infectocontagiosas, maior cobertura vacinal, diminuição de complicações em gestação, parto e puerpério, aumento do acompanhamento de hipertensos e diabéticos, crescimento do acesso da população à saúde, dentre outros (NEVES et al., 2018).

Segundo a clássica descrição de Starfield (2002), são atributos da APS: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção. Entretanto, ainda existem muitas barreiras a serem superadas no contexto brasileiro atual para a implementação desses atributos, principalmente nos territórios rurais. Apesar disso, ainda se observa fragilidade nas políticas de saúde voltadas especificamente para o rural. A saúde rural não pode ser desvinculada do funcionamento dos sistemas de saúde, principalmente em países em desenvolvimento, que necessitam realizar um uso racional e eficiente dos recursos disponíveis. Sendo assim, a real vivência dos atributos de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado é a certificação de que os serviços da APS estão funcionando com qualidade para os usuários (TARGA, 2014).

Para tal, é preciso que se invistam em estudos, pesquisas e projeções que subsidiem o planejamento e execução de um conjunto de estratégias adequadas para magnitude do problema. Esse processo não pode ser verticalizado, tampouco prescindir da escuta e participação da comunidade, dos movimentos populares e dos profissionais da saúde. (MARQUES, 2018, p. 150).

A garantia ao acesso aos serviços de saúde é uma das bases para a efetividade do primeiro contato da APS, abrangendo um conjunto de fatores a serem superados nos territórios rurais, principalmente associado às barreiras geográficas. Dessa forma, encontra-se a implementação do princípio da equidade, que busca priorizar as áreas de maior dificuldade de acesso, vulnerabilidade e com maiores problemas de saúde (LIMA et al., 2018).

Dentro desse contexto, insere-se as visitas domiciliares, que necessitam de um planejamento da equipe da ESF no intuito de buscar estratégias para superar as dificuldades inerentes, como acessibilidade, priorização dos casos de maior necessidade, organização de material, planejamento do serviço, vínculo dos profissionais de saúde e famílias, dentre outros. Sendo assim, os Agentes Comunitário de Saúde (ACS) possuem papel fundamental nesse processo, pois exercem a responsabilidade do contato direto da comunidade com a rede de saúde (LIMA et al, 2018). Apesar disso, desde a publicação da última Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) um dos assuntos mais debatidos é em relação ao trabalho dos ACS. Essa política não estabelece a quantidade mínima ou máxima de ACS por equipe, tornando questionável a participação dos ACS, mesmo após tantos estudos comprovando benefícios do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) para a saúde brasileira (BRASIL, 2017).

A longitudinalidade é outro atributo que, também, necessita de melhor adaptação para seu fortalecimento nos territórios rurais, pois nesses lugares são observadas mudanças constantes dos profissionais de saúde, principalmente médicos, tornando frágil a criação do vínculo profissional com a comunidade. Mesmo após criação de programas, que trouxeram impactos positivos na fixação desses profissionais em áreas de maior vulnerabilidade, principalmente em municípios de pequeno porte do Norte e Nordeste, como o Programa Mais Médicos para o Brasil, na prática, ainda, existem muitas áreas com escassez desses profissionais. Muitos médicos não se sentem atraídos e valorizados para trabalharem nesses locais devido à demanda excessiva, APS limitada ao assistencialismo e problemas na própria rede de serviços (GASPARINI; FURTADO, 2019; ALMEIDA et al., 2018b).

Apesar da capacidade resolutiva da APS, para garantir a integralidade é necessária para o cuidado do paciente uma rede de atenção à saúde estruturada e com serviços de apoio diagnóstico, terapêutico, emergências, urgências e hospitalar. Entretanto, as redes de assistência em saúde, na sua maioria, são estruturadas nos centros urbanos. Além das dificuldades no acesso, ainda existem peculiaridades de comunicação entre instituições e profissionais no manejo dos pacientes rurais que necessitam de atendimentos em outros níveis de atenção (GASPARINI; FURTADO, 2019; ANDO et al., 2011).

A coordenação da atenção exercida pela APS busca atender as necessidades de saúde dos usuários nos seus aspectos biopsicossociais. Para uma coordenação do cuidado eficaz deve existir uma incorporação entre profissionais, usuários e condução do sistema, que precisam ser atingidos por meio da ESF. Todavia, atualmente é observada uma diminuição dos investimentos e da qualificação da ESF, enfraquecendo arranjos sistêmicos capazes de garantir inclusive a integralidade em saúde (ALMEIDA et al, 2018c).

Muitas dessas dificuldades da APS nos territórios rurais também são compartilhadas nos espaços urbanos. Em pesquisa brasileira, realizada com médicos, enfermeiros e dentistas que trabalham em Fortaleza-Ceará, avaliando os atributos da APS, encontrou-se como piores resultados os dados relacionados à acessibilidade de *primeiro contato*, semelhante a outros estudos brasileiros, no qual também foi avaliada como insatisfatória. Enquanto a *coordenação do cuidado* – sistemas de informações foi o indicador que teve melhor resultado, principalmente relacionados com o prontuário. Além disso, nos escores de avaliação essencial e geral, encontrou-se valores médios avaliados como baixos, demonstrando uma necessidade de melhorar a qualidade dos atributos da APS (ROLIM et al, 2019).

Nas últimas décadas, houve uma tendência crescente da cobertura de ESF no Brasil. Por exemplo, em 2006 a cobertura de ESF em nosso país encontrava-se em 45,3%, aumentando para 64% em 2016. Entretanto, ainda se encontra distante do ideal devido, entre outros fatores, à heterogeneidade existente no Brasil, em que enquanto estados como Tocantins, Piauí, Rio Grande do Norte, Paraíba e Sergipe, tiveram coberturas entre 75 e 100%, outros como Amazonas, Para, Rio de Janeiro, São Paulo e Rio Grande do Sul possuem cobertura entre 40 e 60%. Os dados demonstram que oito a cada dez pessoas do Nordeste estavam cobertas pela ESF, demonstrando uma consolidação dessa estratégia nessa região que foi a pioneira de sua implantação (NEVES et al, 2018).

Uma das explicações para a heterogeneidade na consolidação da ESF no Brasil ocorre em função dos diferentes processos de gestão dos municípios que possuem autonomia para definir as prioridades para os gastos em saúde, podendo decidir os investimentos que serão vinculados ou não para a APS. Essa priorização nos gastos destinados à saúde pública é de extrema importância diante da realidade atual de austeridade fiscal na APS que, como a limitação dos gastos públicos proposta na Emenda Constitucional 95/2016, ameaçam a expansão e consolidação do SUS (NEVES et al, 2018; CASTRO et al, 2019).

É indiscutível que a PNAB de 2017 trouxe avanços no fortalecimento da atenção básica. Um dos exemplos é o incentivo à educação permanente dos profissionais, trazendo uma maior capacitação dos trabalhadores para suas atuações profissionais. Entretanto, essas



recomendações ainda se mostraram superficiais, pois falta um projeto concreto para sua aplicação e o estabelecimento de incentivos para as equipes ou gestores aderentes. Além disso, nesse documento, apesar de ser relatado sobre os princípios de universalidade e equidade, é contraditória a falta de destaque para políticas de minorias, como moradores de ruas, população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros (LGBT) e famílias dos campos, florestas e águas, dentre outras (BRASIL, 2017).

#### 4.2 RELAÇÃO ENTRE SAÚDE E TRABALHO RURAL

O trabalho é um dos determinantes biopsicossociais diretamente relacionados com a saúde, ou seja, o processo de adoecimento dos trabalhadores rurais estão diretamente ou indiretamente influenciados pelas vulnerabilidades no ambiente de trabalho, principalmente associados à aspectos psicossociais, biológicos e químicos. Fatores como alimentação, exposição à agrotóxicos sem uso adequado de equipamentos de proteção, sobrecarga de trabalho e uso de drogas lícitas e ilícitas contribuem diariamente para o adoecimento físico e mental dos trabalhadores rurais (SOUZA et al, 2018).

Diante dessa realidade, trabalhadores agrícolas possuem piores autopercepção de saúde comparados aos trabalhadores não-agrícolas, refletindo a possível influência dos fatores de risco, intrínsecos a esse tipo de trabalho (exposições a agrotóxicos, ruídos, dentre outros). Além disso, a atividade agrícola aumenta a chance de referir doença de coluna/costas, hipertensão arterial e artrite/reumatismo (MOREIRA et al., 2015).

No Brasil, encontra-se como principais agravos de saúde nos trabalhadores os problemas relacionados à coluna, hipertensão, dores de cabeça constantes, disfunções gastrointestinais, alergia/problema de pele e insônia. Interessante observar que esses agravos podem ter uma íntima relação com as condições psicossociais associados às condições de vida e trabalho no campo (COSTA NETO; DIMENSTEIN, 2017).

No contexto de doenças relacionadas ao trabalho é importante destacar alguns agravos ainda subnotificados de prevalência relevante nos territórios rurais: acidentes relacionados ao trabalho, Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT) e Silicose e outras doenças respiratórias relacionadas ao trabalho; adoecimento mental e intoxicações por metais pesados e por agrotóxicos (BRASIL, 2017b).

Segundo uma pesquisa realizada em população rural brasileira, predominantemente agricultores, no estado de Santa Catarina, encontrou-se uma maior prevalência de problemas musculares e articulares (25,6%), problemas na coluna vertebral (23,2%), dificuldade para

erguer peso (12,2%) e problemas emocionais (4,4%), em que mais da metade referiram limitações nas atividades do cotidiano devido as comorbidades. Além disso, foi destacado que a maioria dos pesquisados (97,8%) procuraram algum serviço de saúde nos últimos 2 anos, entretanto, destes 20% não procuraram por serviço em APS anualmente, demonstrando dificuldade de acesso à APS nesse território e a necessidade de ações voltadas para a promoção da saúde (KESSLER et al, 2016).

O uso de agrotóxicos é uma das maiores preocupações relacionados aos trabalhadores do campo, principalmente nos últimos anos em que o Brasil tem sido um grande consumidor de agrotóxicos. Estudos apontam que a abrangência de todo o processo de uso seguro dos agrotóxicos em territórios rurais ocorre, na maioria das vezes, de maneira insatisfatória, o que pode gerar graves consequências para a saúde dessa população. Isso se torna ainda mais alarmante pela desassistência de organizações de saúde ocupacional para o trabalhador rural, pois na maioria dos casos, o trabalhador rural é quem administra e trabalha no seu próprio negócio, além de desconhecer o processo adequado do uso seguro dos agrotóxicos (ABREU; ALONSO, 2014; COSTA NETO; DIMENSTEIN, 2017).

De acordo com Pena e Gomez (2014), os pescadores artesanais, estimados em um milhão de brasileiros, são expostos sem proteção, diagnóstico, tratamento e reconhecimento previdenciário a aproximadamente 30 doenças relacionadas ao trabalho. Além disso, é importante destacar os inúmeros riscos a que são expostos esses pescadores, como afogamentos, acidentes perfurantes e cortantes, picadas de insetos, acidentes ofídicos com animais terrestres e marinhos, dentre outros. Essa realidade demonstra a necessidade prioritária de ações intersetoriais realizadas na vigilância da saúde desses trabalhadores, além de organização do sistema público de saúde para a promoção de saúde sobre os fatores de risco, detecção precoce das doenças e seguimento dos trabalhadores acometidos.

Em pesquisa realizada por Alencar (2014) em que analisou a distribuição dos pescadores ao longo dos municípios da calha do rio Jaguaribe descreveu um padrão praticamente homogêneo, em torno de 3% da população total dos municípios. Além disso, descreveu a pobreza como um dos principais problemas que afetam a saúde da população rural. Por exemplo, 62,78% da população moradora dos municípios pertencentes à calha do rio Jaguaribe está classificada como vulnerável à pobreza. Um dos motivos para essa realidade é que nessas localizações remotas existem poucas alternativas e oportunidades de emprego. Outro motivo muito associado é a exploração do trabalho dos pescadores por pessoas ou empresas com grande poder aquisitivo, aumentando cada vez mais a discrepância econômica.

Em estudo realizado sobre a vigilância do trabalhador da pesca artesanal em municípios pertencentes a Baía de Todos os Santos, Bahia, Brasil, descreveram algumas medidas responsáveis em melhorar a abordagem em saúde desses trabalhadores, como a organização dos serviços de diagnóstico, a adaptação de protocolo clínico de problemas por movimentos repetitivos e a capacitação das ESF atuantes em territórios pesqueiros (RÊGO et al., 2018).

Além desses problemas relacionados ao trabalho, é fundamental avaliarmos os dados sobre os problemas mentais relacionados ao trabalho. No Brasil, entre o período de 2006 a 2017, foram registrados no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) 8.474 casos de transtornos mentais relacionados ao trabalho, sendo as reações ao estresse grave e transtornos de adaptação os diagnósticos com maior prevalência, seguidos pelos episódios depressivos e outros transtornos ansiosos (PISAT, 2019).

Importante destacar que o trabalho doméstico exercida no meio rural principalmente por mulheres, além de auxiliarem os maridos nas atividades agropecuárias, proporcionando uma sobrecarga pesada de esforço físico e mental para o gênero feminino. Dessa forma, nesta perspectiva de gênero, homens e mulheres irão vivenciar suas emoções de maneira diferente, pautados principalmente nos modelos socioculturais vivenciados. A literatura identifica que as mulheres são mais acometidas que os homens em decorrência de inúmeros fatores: cuidado com os filhos, elevada carga laboral, baixa gratificação e falta de visibilidade na realização do trabalho doméstico (ZANELLO; FIUZA; COSTA, 2015; LEITE et al., 2017).

Em estudo realizado em assentamentos rurais do Nordeste brasileiro em que foi aplicado instrumento de rastreio para sofrimento mental, obteve-se resultados de maior incidência de transtornos mentais comuns no gênero feminino, destacando-se o sofrimento mental nas mulheres associado à sobrecarga de trabalho doméstico, violência de gênero e estressores do cotidiano, enquanto para os homens sobressaiu-se a sobrecarga do trabalho na agricultura, aparecimento de doenças e perda da vitalidade física (LEITE et al, 2017).

No intuito de reduzir essas iniquidades em saúde dos trabalhadores, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) 2013 institui, entre outras propostas, a identificação das necessidades, demandas de saúde dos trabalhadores no território, priorizando pessoas e grupos em situação de maior vulnerabilidade. Essa proposta dialoga com a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA) 2014 que proporciona visibilidade às vulnerabilidades vivenciadas pelos trabalhadores rurais ao buscar instituir ações em promoção da saúde para a redução dos fatores de riscos e de agravos decorrentes dos processos de trabalho rural (BRASIL, 2013; BRASIL, 2014).

De acordo com a PNSTT 2013 toda a rede de saúde deve estar estruturada no cuidado integral na saúde do trabalhador, incluindo ações individuais de assistência e de recuperação dos agravos e ações coletivas de promoção, de prevenção, de vigilância dos ambientes, processos e atividades de trabalho, destacando-se a intervenção sobre os determinantes de saúde dos trabalhadores (BRASIL, 2012).

### 4.3 ANÁLISE SITUACIONAL DA SAÚDE MENTAL BRASILEIRA PARA A POPULAÇÃO QUE VIVE EM TERRITÓRIOS RURAIS

#### 4.3.1 A realidade da saúde mental brasileira

Nas últimas décadas no Brasil, o modelo de assistência para os pacientes com transtornos mentais passou por profundas mudanças, transformando um sistema voltado basicamente para os internamentos em hospitais psiquiátricos (manicômios) para uma abordagem que busca a reinserção dos pacientes na sociedade com acompanhamento nos CAPS (Centro de Atendimento Psicossocial) e nas UAPS (Unidade de Atenção primária à Saúde)

Esse processo de mudanças teve início aproximadamente na década de 1980 através da mobilização de usuários, familiares e profissionais de saúde, sendo impulsionado pela luta pelos direitos humanos no combate à Ditadura Militar. Expressou-se especialmente por meio do Movimento Social da Luta Antimanicomial, produzindo um novo processo de gestão e do cuidado da saúde mental: a Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2013b).

A construção da assistência em saúde mental em leitos de hospitais gerais, em detrimento dos hospitais psiquiátricos, e ampliação da cobertura em serviços ambulatoriais abertos e organizados em cada território é uma realidade mundial, principalmente nos países desenvolvidos. No Brasil, essa assistência é constituída com base em um centro referencial para o sistema com o intuito de fazer a integração entre os demais serviços, facilitando a troca de informações e planejamentos intersetoriais. (GAMA, 2012).

O contexto familiar é um dos principais fatores que contribuem para a saúde mental de um indivíduo, pois além de alguns transtornos terem uma relação comprovadamente genética, a família serve como rede de apoio e cuidados no sofrimento mental. A reforma psiquiátrica brasileira trouxe mudanças positivas ao perceber e conceber a inserção da saúde mental dentro das dinâmicas familiares. Dessa forma, a ESF é um pilar estrutural por ser responsável por inserir a família como objeto e sujeito do cuidado e da promoção de saúde diante do sofrimento mental (BRASIL, 2013a).

Essas mudanças, além de superar antigos preconceitos e estigmas relacionados ao paciente com sofrimento mental, foram fundamentais para um manejo adequado para a saúde mental dos brasileiros, em que se observa uma prevalência constantemente em crescimento, principalmente em relação aos TMC (Transtornos Mentais Comuns) e transtornos depressivos.

Os TMC apresentam-se com sintomas como insônia, esquecimento, dificuldade de concentração, desânimo, fadiga e sentimentos de inutilidade, os quais causam sofrimento psíquico e ruptura do funcionamento normal do indivíduo, mas não possui critérios diagnóstico para classificação como algum dos transtornos mentais. Segundo estudo brasileiros, a prevalência dos TCM, apesar de ainda subdiagnosticados encontra-se entre 28,7% a 35%. Sendo assim, projeções para 2030 apontam que esse problema de saúde será incluído entre as mais incapacitantes do ser humano (SKAPINAKIS et al., 2013; PICHELLE, 2017).

Dados da Pesquisa Nacional de Saúde, estimou que 10,7% de brasileiros com mais de 18 anos tiveram diagnóstico de depressão por profissional de saúde mental, representando 16,3 milhões de indivíduos. O gênero de maior porcentagem foi o feminino com 14,7%, enquanto o masculino teve 5,1%. A faixa etária que teve maior predominância de casos foi entre 60 a 64 anos de idade (13,2%) e a com menor foi entre 18 a 29 anos (5,9%). Em relação ao nível de instrução, as maiores prevalências ocorreram em níveis extremos: superior completo (12,2%) e fundamental incompleto (10,9%) (BÓS, 2018; IBGE, 2019).

Menos da metade dos homens (43,8%) e mulheres (49,3%) que referiram diagnóstico de depressão usavam medicamentos para depressão. Porcentagem 52,8% receberam assistência médica para depressão nos últimos 12 meses, entretanto, apenas 18,9% estão em acompanhamento em psicoterapia. Sobre o local de atendimento, encontrou-se a seguinte distribuição em ordem de prevalência: clínica particular ou privada (47,4%), UAPS (29,7%) e Centro de Especialidades, Policlínica Pública, ou ambulatório de hospital público (13,7% (IBGE, 2019).

Diante dessa realidade brasileira, um dos principais focos para a abordagem da saúde mental deve ser a promoção em saúde, principalmente da detecção dos componentes biopsicossociais determinantes para sofrimento mental e seu tratamento, constituindo-se de um plano terapêutico social referenciado e baseado na reabilitação e na reintegração na comunidade dos pacientes (PICHELLE, 2017).

Devido à alta prevalência dos problemas mentais na população mundial e suas implicações biopsicossociais, a saúde mental está inserida no campo da saúde pública e para desenvolvê-la é necessária sua plena inclusão no SUS em todos seus níveis de atenção, principalmente na APS (PICHELLE, 2017). A saúde mental não está dissociada da saúde geral,

sendo assim é fundamental que os profissionais de saúde sejam capazes de reconhecer em muitas queixas gerais, em demandas livres ou agendadas, um sofrimento mental que, muitas vezes, configura-se como o problema de saúde prioritário para determinados pacientes. A APS insere-se diretamente nessa responsabilidade por possibilitar o primeiro acesso dos usuários ao SUS e está incorporada no processo de territorialização, que permite uma proximidade dos usuários e sua família com os profissionais de saúde (BRASIL, 2013b).

Outro fato que merece destaque é sobre a preparação profissional para o atendimento de pacientes com transtornos mentais. Em estudo realizado por Rotoli et al. (2019) com médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, os resultados apontaram que muitos profissionais alegaram não terem base teórica específica para o atendimento de pessoas com transtornos mentais na APS, considerando o encaminhamento para especialistas ou hospitais como a conduta a ser realizada. Isso demonstra a urgência em realizar uma qualificação profissional para a abordagem aos pacientes com transtornos mentais junto às equipes de saúde da família.

Ao atentar para ações de saúde mental que possam ser realizadas no próprio contexto do território das equipes, pretendemos chamar a atenção para o fato de que a saúde mental não exige necessariamente um trabalho para além daquele já demandado aos profissionais de saúde. Trata-se, sobretudo, de que estes profissionais incorporem ou aprimorem competências de cuidado em saúde mental na sua prática diária, de tal modo que suas intervenções sejam capazes de considerar a subjetividade, a singularidade e a visão de mundo do usuário no processo de cuidado integral à saúde (BRASIL, 2013b, p. 11).

A PNAB 2017 tem na Saúde da Família sua base estruturante, apresentando-se como um processo progressivo e singular que deve considerar as especificidades de cada território. Sendo assim, APS deve utilizar estratégias para os cuidados em saúde mental dos usuários, como Plano Terapêutico Singular, grupos operativos e ferramentas de abordagem familiar. Além disso, é fundamental que estes cuidados em saúde mental estejam associada à Rede de Atenção em Saúde, como CAPS, ambulatórios especializados e serviços psicossociais no intuito de alcançar funções fundamentais para um funcionamento efetivo: ser resolutiva, coordenar o cuidado e ordenar as redes (BRASIL, 2013b; BRASIL, 2017).

Apesar da importância comprovada da APS para a prevenção, promoção, tratamento e reabilitação dos usuários em sofrimento mental, muitas limitações ainda precisam ser superadas para sua consolidação, como ações com foco na doença; pouca integração entre os serviços; precariedade no trabalho multidisciplinar; fragilidade na atenção integral e na resolutiva no atendimento ao usuário e seus familiares (ROTOLI et al., 2019).

### 4.3.2 Saúde mental e os cuidados biopsicossociais nos territórios rurais

Os problemas em saúde mental estão diretamente relacionados à qualidade de vida das pessoas. Essa avaliação realizada em populações que vivem em territórios rurais, apesar de ainda haver uma tímida publicação, demonstram dados preocupantes com 22,5% de indivíduos que alegaram sua percepção de qualidade de vida global como muito ruim e 26,3% demonstraram insatisfação com sua saúde, inclusive foi encontrada relação estatisticamente significativa entre maior percentual de tempo residido na zona rural e a menor chance de relatarem melhor qualidade de vida (BORTOLOTTI; LORET; TOYO-RODRIGUES, 2018).

Segundo Parreira (2016), em estudo realizado com 280 mulheres de 15 a 49 anos residentes na zona rural do município de Uberaba-MG, descreveu a prevalência de transtorno mental comum em 35,7% das mulheres e relação estatisticamente significativa entre sintomas de ansiedade e depressão com convivência ruim com companheiro e maior número de filhos.

Em outro estudo realizado com mulheres com idade entre 20 a 59 anos de áreas cobertas pela Estratégia de Saúde da Família na Zona da Mata Mineira, revelou uma prevalência de 19,7% de depressão, estando estatisticamente associados fatores, como possuir baixa escolaridade, ter baixa renda, usar medicamento para dormir, ser tabagista, ter procurado atendimento na UAPS no último ano e ter doença mental prévia, enquanto foram observados fatores de proteção como ser casada ou viver com companheiro, ter apoio social de parente e realizar atividades físicas regularmente (GONÇALVES et al., 2018).

Ser mulher, mais velho, não ser branco, ter baixa renda, ter menor escolaridade, residir a vida toda na zona rural, estar desempregado e portar alguma doença foram os aspectos mais relevantes para definir negativamente a qualidade de vida da população (BORTOLOTTI; LORET; TOYO-RODRIGUES, 2018, p. 1s).

Dados semelhantes foram encontrados em outro estudo realizado em moradores da zona rural no município de Pelotas- RS, encontrando-se um rastreio para transtorno depressivo de 35,4%, destacando-se uma maior prevalência em pessoas com doenças crônicas. Nesse estudo houve uma relação de quanto maior o número de doenças crônicas, maior a prevalência de sintomatologia depressiva. Além disso, as pessoas com hipertensão, diabetes mellitus e doença cardíaca apresentaram uma prevalência quase duas vezes maior que aqueles que não relataram nenhuma dessas doenças (HIRSCHMANNI; GOMES; GONÇALVES, 2018).

No contexto da saúde mental, outro transtorno que apresenta números expressivos é o transtorno relacionado ao uso de álcool. Apesar dessa importância, ainda existe uma evidente falta de dados sobre consumo de álcool em populações rurais do Brasil. Amostra com mais de 1500 indivíduos que vivem em território rural encontrou, semelhante a dados encontrados em

outros estudos brasileiros, uma prevalência de 8,4% de pessoas com transtornos relacionados ao uso de álcool, sendo observado maiores números nos grupos de homens, menor escolaridade e tabagistas (JAEGER; MOLA; SILVEIRA, 2018).

O processo de saúde-doença-cuidado mental é complexo e multidimensional. O próprio estigma e marginalização em que historicamente encontra-se a população rural é um dos contribuintes associados a esses indicadores preocupantes. Fatores como isolamento ambiental e social; exposição cotidiana à violência; violação de direitos civis, culturais, políticos e sociais; exclusão de oportunidades de educação e renda podem manifestar-se por meio de sintomas psicossomáticos, uso de substâncias lícitas e ilícitas ou até transtornos mentais. Infelizmente, como agravante para essas situações de vulnerabilidade, os problemas relacionados à saúde mental não conseguem ser abordados ou solucionados pelos sistemas nacionais de saúde vigentes (COSTA NETO; DIMENSTEIN, 2017).



## **5 MÉTODO**

### **5.1 TIPO DE ESTUDO/DELINEAMENTO**

Trata-se de estudo analítico com abordagem quantitativa e delineamento transversal que faz parte da pesquisa: “Produção de indicadores para a avaliação das condições de vida das famílias e acesso aos serviços de atenção primária em territórios do litoral e do sertão do Ceará e do Rio Grande do Norte”, a qual se constitui de estudo misto, que utiliza combinação de diferentes técnicas de coleta de dados, organização, processamento e análise do material com intuito de fomentar a abordagem em saúde das populações rurais. Este estudo possui financiamento do Programa Inova Fiocruz - Edital Geração de conhecimento-novos talentos, publicado em 2018.

Os estudos mistos combinam abordagem quantitativa e qualitativa de pesquisa em uma mesma investigação. Essa combinação de métodos oferece uma alternativa para a investigação de fenômenos complexos em que uma técnica isolada não é suficiente para a compreensão do problema a ser estudado (SANTOS et al., 2017).

Para efeitos desta dissertação de mestrado, utilizou-se somente o componente quantitativo. A pesquisa quantitativa é capaz de identificar a natureza das realidades, seu sistema de relações e sua estrutura dinâmica. Além de determinar a força de associação entre variáveis que fazem parte de uma determinada amostra, fazendo inferências que podem explicar o porquê as coisas acontecem ou não de determinada maneira (ESPÉRON, 2017).

### **5.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO**

O estudo foi realizado no Estado do Ceará, no município de Novo Oriente no período de 2018 a 2020. Este município foi selecionado considerando-se as demandas dos movimentos populares do campo e das águas para realização de pesquisa em saúde nos seus territórios.

#### **5.2.1 Caracterização do município do estudo**

O município de Novo Oriente é classificado como rural adjacente (IBGE, 2017), situa-se na microrregião de Crateús, possui uma área de 949,4 km<sup>2</sup> e tem como municípios limítrofes: Crateús/CE, Independência/CE e Quiterianópolis/CE e o estado do Piauí (IBGE, 2011).

Figura 1- Localização do município de Novo Oriente, Ceará, Brasil, 2020.



Fonte: IBGE, 2011

O município possui uma população total 27.453 habitantes, dos quais 48,17% moram na zona rural, enquanto, o restante (51,83%) reside na zona urbana. A média de pessoas por domicílios rurais registrados é de 3,53, estando abaixo da média do Estado, 3,78 (IBGE, 2011).

Tabela 4- Perfil sociodemográfico do município da pesquisa

<b>DADOS NOVO ORIENTE/CE</b>	<b>Novo Oriente/CE</b>
População total	27.453
População idade entre 15-64 anos	17.593
População rural	13.223
Percentual da população rural (%)	48,17
Percentual da população em pobreza (%)	50,09
Percentual da população em extrema pobreza (%)	35,93
Percentual da população com plano de saúde (%)	0,56

Fonte: IBGE, 2011

Aproximadamente 85% dos domicílios de Novo Oriente possui um sistema de esgotamento sanitário inadequados por meio de fossas rudimentares ou não tem um sistema para despejo de seus resíduos. O percentual de lixo que tem como destinação final a queimada ou o despejo em terrenos baldios ou logradouros do município chega a 97,80%. E o percentual de domicílios rurais de Novo Oriente que possuem abastecimento de água ligado à rede geral de distribuição, que é de 43,99%, é maior que o mesmo dado para o estado do Ceará, com 33,96% (IBGE, 2011).

A renda per capita tem crescido ao longo dos anos, encontrando-se o valor de R\$ 247,79 reais em 2010. O percentual de população pobre e extremamente pobre, apesar de decrescente, ainda alcançava o percentual, respectivamente, de 50,09% e 35,93%. Quanto ao tipo de produção dos estabelecimentos agropecuários de Novo Oriente, destaca-se as seguintes atividades econômicas: lavoura temporária, pastagem natural e práticas de aquicultura. A maior parte da produção dos estabelecimentos, aproximadamente 95%, é utilizada para consumo própria da família e de parentes e, para a maioria dos produtores, a atividade agropecuária não é a principal fonte de renda da família. Além disso, apenas cerca de 5% deles fazem o uso de agrotóxicos em suas plantações (IBGE, 2011).

Sobre a APS, o município apresenta cobertura da ESF de 100,00% com 11 equipes credenciadas; 71 ACS abrangendo 100% da população; uma equipe tipo I do NASF e apresenta cobertura de Saúde Bucal de apenas 54,24%. Existem 13 UAPS das quais 8 estão localizadas em zona rural. Além disso, a Rede de Atenção à Saúde do município conta com CAPS, Unidade de Atenção à Saúde Indígena, Centro de Apoio a Saúde da Família, Unidade Móvel Odontológica e polo Academia da Saúde (BRASIL, 2019b).

Na avaliação do terceiro ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), das 7 equipes avaliadas obtiveram os seguintes desempenhos: 2 muito bom, 4 bom e 1 ruim. A rede de atenção secundária e terciária estrutura-se de um hospital geral, dois centros de especialidades, uma Unidade de Apoio a Diagnose e Terapia, uma Central de Abastecimento Farmacêutico, uma Central de Gestão a Saúde e um CAPS (BRASIL, 2019a; BRASIL, 2019b).

A cobertura vacinal no município de Novo Oriente cresceu significativamente entre o ano de 1995 e 1997, quando o percentual de crianças imunizadas passou de 38,64% para 95,37%. Nos anos seguintes, a cobertura oscilou dentro de uma faixa percentual de 70% a 95%, como no ano de 2019 com taxa de 92,25% (BRASIL, 2020a).

Dentre as doenças de notificação compulsória, a tuberculose e acidentes por animais peçonhentos destacam-se pelos significativos números de casos anuais em Novo Oriente, apresentando, em 2017, respectivamente 1,8 e 2,5 casos por 10.000 pessoas. A partir do ano de 2013 surgiram notificações de casos de sífilis em gestantes, que continuaram incidentes até 2017. Destaca-se, ainda, a ocorrência de um caso de sífilis congênita em 2013, dois casos de leishmaniose visceral – um em 2009 e outro em 2015 – e dois casos de intoxicação exógena em 2013 (BRASIL, 2020b).

### 5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo foram os indivíduos do campo e das águas de ambos os sexos, pertencentes às famílias de agricultores (as) familiares e pescadores (as) artesanais, exercendo estas atividades produtivas e residentes de comunidades rurais.

### 5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DOS PARTICIPANTES

Para esta etapa foram incluídos indivíduos considerando os seguintes critérios:

- ✓ Residir em território do sertão/campo e litoral/águas;
- ✓ Pertencer à faixa etária entre 18 a 64 anos de idade;
- ✓ Possuir como principal atividade produtiva a agricultura familiar ou a pesca artesanal, ou ambas as atividades;
- ✓ Ser integrante de família adscrita a uma equipe de saúde da família rural.

### 5.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DOS PARTICIPANTES

No intuito de pesquisar dados referentes aos trabalhadores ativos em suas funções laborais e com vínculo de habitação nos territórios rurais, foram excluídos do estudo: agricultores familiares e/ou pescadores artesanais que estão atualmente afastados de suas atividades laborais; indivíduos rurais, que estejam atuando na agricultura familiar e ou pesca artesanal, mas que residem há menos de dois anos no território.

Em março de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou a pandemia de Covid-19, doença causada pelo novo coronavírus (Sars-Cov-2). No Ceará, foi publicado o documento, em 16 de março de 2020, decretando situação de emergência em saúde e dispendo sobre medidas para enfrentamento e contenção da infecção humana pelo novo coronavírus. Devido a referida pandemia ocasionada pelo coronavírus (COVID-19), foi criado um protocolo de biossegurança (VIDE APÊNDICE A) para coleta de dados em campo da pesquisa, no intuito de diminuir risco de transmissão viral. Dessa forma, foi acrescentado aos critérios de exclusão: indivíduos com sintomas de síndrome gripal ou com aferição de temperatura corporal  $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$ .

## 5.6 AMOSTRA DO ESTUDO

Amostra pode ser definida como um subconjunto de uma população, por meio da qual se estima as propriedades e características desse grupo. Sendo assim, o conceito da amostragem insere-se no delineamento de uma pesquisa no intuito de determinar a validade dos dados obtidos (BUSSAB; MORETTIN 2020).

Segundo os dados do IBGE (2011) o município selecionado para o estudo possui população total de 27.453 pessoas do qual 17.593 indivíduos são pertencentes à faixa etária entre 15-64 anos. Utilizando-se este valor como base, ao aplicar o percentual de 48,17% referente ao percentual da população rural no município de Novo Oriente-CE, encontrou-se um grupo amostral total estimado de 8.475 pessoas. Essa estimativa torna-se necessária devido a escassez de dados oficiais sobre a quantidade de agricultores familiares e/ou pescadores artesanais no município.

Tabela 5- Cálculo amostral da pesquisa

<b>MUNICÍPIO</b>	<b>POPULAÇÃO TOTAL</b>	<b>POPULAÇÃO FAIXA ETÁRIA ENTRE 15-64 ANOS</b>	<b>PERCENTUAL POPULAÇÃO RURAL (%)</b>	<b>GRUPO AMOSTRAL TOTAL</b>
Novo Oriente	27.453	17.593	48,17	8.475

Fonte: IBGE, 2011; Autores, 2021.

A amostra deste estudo foi constituída por 152 agricultores (as) familiares e/ou pescadores(as) artesanais. A seleção dos participantes ocorreu por amostra não-probabilística intencional, mediante indicação e articulação dos líderes populares que reconheceram que aquela família vivia da agricultora familiar e/ou pescadora artesanal, considerando-se os critérios de inclusão e exclusão do estudo.

Selecionou-se as localidades Flor do Campo e Nazaré, pertencentes ao município de Novo Oriente-CE, por apresentar mobilidade dos trabalhadores na Colônia de Pescadores e Pescadores Artesanais e na Associação dos Trabalhadores Rurais.

Essa amostragem foi delineada devido as adversidades encontradas para a coleta de dados e a reconhecemos como uma limitação do estudo. Dentre as dificuldades citamos: o acesso aos locais de residência da população do estudo, relacionada as estradas e transportes, as medidas de isolamento vigentes em decorrência da pandemia do coronavírus, , limitação nos recursos financeiros e falta de informações oficiais sobre o quantitativo do grupo amostral.

A amostragem não-probabilística pode ser preferível quando as probabilidades de seleção de amostras são desconhecidas e não podem ser estimadas ou em grupo amostral de difícil acesso ou seleção. Além disso, uma pesquisa com amostragem não probabilística bem elaborada metodologicamente pode produzir resultados satisfatórios de maneira mais rápida e com menor custo que um estudo com uma amostragem probabilística (OLIVEIRA, 2001).

A amostra não-probabilística possui limitações como seus resultados não poderem ser projetados como representativos da população total, diferentemente da amostra probabilística em o uso da aleatorização no processo de amostragem, que nos permite a análise dos resultados usando os métodos de inferência estatística. (BUSSAB; MORETTIN 2020).

### 5.7 COLETA DOS DADOS

A coleta de dados foi realizada em locais fixos do município de Novo Oriente-CE nas localidades de Flor do Campo e Nazaré. A equipe de pesquisadores de campo realizou a coleta de dados de forma consecutiva, durante um mês, no período de setembro/2020 e outubro/2020, como se observa na figura 2

Figura 2- Coleta de dados no município de Novo Oriente, Ceará, Brasil, 2020.



Fonte: Autores, 2020.

### 5.7.1 Instrumento para coleta de dados

Para essa parte da pesquisa foi realizada coleta de dados primários por meio do “Formulário de Avaliação das Condições de Vida e Acesso aos Serviços de Saúde” (VIDE APÊNDICE B) aplicado através de entrevista individual. Esse formulário foi elaborado pelos pesquisadores após oficina de 8 horas com representantes rurais, profissionais que atuam no SUS e pesquisadores.

Figura 3- Participantes da oficina de articulação do estudo em Eusébio, Ceará, Brasil, 2019.



Fonte: Autores, 2019

Essa oficina ocorreu em março/2019 e foi composta por diferentes atividades: momento de acolhimento e interação entre os participantes; apresentação geral do estudo ministrado pela coordenadora da pesquisa; divisão em grupos focais com roteiro pré-estabelecido para identificação de problemas existentes nas localidades; análise situacional em conjunto dos municípios selecionados para articulação e abordagem no estudo. Conforme exemplificado nas figuras abaixo.

Figura 4- Grupos focais com os participantes na oficina de articulação do estudo em Eusébio, Ceará, Brasil, 2019.



Fonte: Autores, 2019

Figura 5- Análise situacional dos territórios rurais em conjunto na oficina com representantes rurais e pesquisadores em Eusébio, Ceará, Brasil, 2019.



Fonte: Autores, 2019

Posteriormente, o formulário passou por teste-piloto inicial sendo realizada a sua aplicação por uma pesquisadora com experiência em estudos científicos e atuação profissional com populações rurais (nível de escolaridade mestre) e outra com pouco experiência (nível de escolaridade graduada). O formulário foi aplicado com quatro indivíduos (cada pesquisadora



realizou dois), inseridos dentro dos critérios de inclusão da pesquisa, sendo dois homens e duas mulheres. Em seguida, baseando-se nas demandas vivenciadas pelas pesquisadoras do teste-piloto, a pesquisadora coordenadora do estudo realizou as devidas modificações e a revisão de todas as perguntas e respostas.

O formulário é constituído por: perguntas objetivas; aferição de pressão arterial, glicemia capilar e dados antropométricos; aplicação de dois questionários validados para avaliação da saúde mental: o SRQ-20 (Self-Reporting Questionnaire) que avalia o sofrimento mental e o AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) que avalia o uso abuso de álcool.

O SRQ-20 é um instrumento criado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), derivado de questionários internacionais já validados em diversos países, inclusive já traduzido, testado e validado no Brasil, com intuito de rastrear o sofrimento mental. Possui sensibilidade de 62,9% a 90% e especificidade de 44% a 95%. Trata-se de questionário composto de 20 perguntas com alternativas de “sim” ou “não”, entre as quais 4 são sobre sintomas físicos e 16 sobre sintomas psicoemocionais. O ponto de corte padronizado na maioria das literaturas para rastreio positivo é de 7/8 respostas afirmativas (GUIRADO; PEREIRA, 2016).

O AUDIT, criado pela OMS na década de 80, é um instrumento de rastreamento para uso abusivo de álcool mundialmente utilizado. Ele é uma das ferramentas orientadas pelo Ministério da Saúde para utilização na APS para detecção precoce e intervenção. É composto por dez perguntas que investigam o padrão de uso de álcool nos últimos 12 meses. Cada item possui pontuação de 0 a 4 pontos, possibilitando um espectro de pontuação de 0 a 40. A pontuação que o sujeito atinge ao responder aos itens do AUDIT permite a classificação do uso da substância da seguinte forma: Zona I (baixo risco) – 0 a 7 pontos na qual é orientado realizar prevenção primária; Zona II (uso de risco) – 8 a 15 pontos sendo recomendado orientação básica; Zona III (uso nocivo) – 16 a 19 pontos que define necessidade de intervenção com breve monitoramento; Zona IV (provável dependência) – 20 a 40 pontos sendo orientado o encaminhamento para o especialista (BRASIL, 2013a; SANTOS et al, 2012).

Para realização das medidas antropométricas, após explicar os exames para o entrevistado, foi solicitado que o indivíduo retirasse os sapatos ou outros acessórios que possam causar viés nas medidas. As medidas antropométricas que foram analisadas: peso utilizando balança digital com capacidade máxima de 180 kg; altura medida por fita métrica; circunferência abdominal medida com fita métrica região da cicatriz umbilical; circunferência da cintura medida com fita métrica no ponto médio entre a última costela e a crista íliaca e circunferência do quadril medida com fita métrica medindo a maior proporção da região glútea (FREITAS JUNIOR, 2018).

Para cálculo do IMC (Índice de Massa Corpórea) utilizou-se a divisão do peso pela altura elevada ao quadrado, utilizando o valor de  $25 \text{ kg/m}^2$  como excesso de peso e valores menores que  $18,5 \text{ kg/m}^2$  como baixo peso. O cálculo do IAC (Índice de Adiposidade Corporal) foi realizado por meio da divisão da medida da circunferência do quadril pela altura multiplicada pela raiz quadrada da altura, diminuindo 18 do resultado final, sendo utilizados os valores para classificação como obesidade de 25% para homens e 38% para mulheres. A relação cintura-quadril foi calculada pela divisão do valor da circunferência da cintura dividida pela circunferência do quadril, em que os valores acima de 0,85 para mulheres e 1,0 para homens serão considerados como alto risco à saúde (SBC, 2006).

A aferição da pressão arterial foi realizada em um local calmo e o avaliador certificou-se que o paciente estivesse em repouso de 3 a 5 minutos antes da aferição. O paciente encontrou-se sentado, com pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e o braço deve estar na altura do coração. Utilizou-se aparelho automático digital e a técnica para aferição padrão, sendo realizadas três medidas consecutivas, com intervalo de 1 minuto entre elas. Para o cálculo da pressão arterial média foi excluído o valor da primeira aferição e realizada a média aritmética das segundas e terceiras aferições. O ponto de corte para pressão arterial aumentada foi de sistólica maior ou igual a 140 mmHg e/ou diastólica de 90 mmHg (SBC, 2016).

Para aferição da glicemia capilar, inicialmente, o entrevistador perguntou ao indivíduo sobre sua alimentação: jejum ou horário da última refeição. Posteriormente, foi explicado o exame e, após autorização do paciente, realizou-se punção na ponta do dedo escolhido. Em seguida, com a lanceta foi obtido uma gota de sangue capilar suficiente para preencher local destinado em uma fita biossensora descartável que foi inserido em dispositivo médico (glicosímetro), o qual realizou o cálculo da glicemia. O ponto de corte para glicemia capilar aumentada foi de 126 mg/dl (jejum) ou 200 mg/dl (pós-prandial) (SBD, 2017).

### **5.7.2 Treinamento e monitoramento da coleta de dados**

O treinamento inicial para aplicação do instrumento ocorreu em oficina ministrada por mestrando e pesquisadores com experiência em condução de estudos clínicos. Conforme ilustrado nas figuras 6 e 7.

Figura 6- Oficina de treinamento para coleta de dados da pesquisa em Eusébio, Ceará, Brasil, 2020.



Fonte: Autores, 2020

Nesta oficina, as duas pesquisadoras de campo foram capacitadas para realização das medidas antropométricas; aferição de pressão arterial e glicemia capilar; aplicação de medidas de biossegurança para prevenção do COVID-19.

Figura 7- Treinamento das pesquisadoras de campo para coleta de dados em Eusébio, Ceará, Brasil, 2020.



Fonte: Autores, 2020

Após oficina de treinamento, foi realizado estudo-piloto no município de Fortim-CE que possui dados sociodemográficos semelhantes a Novo Oriente-CE, além de ambos serem classificados como rural adjacente (IBGE, 2017). Neste estudo-piloto foi aplicado o instrumento da pesquisa com amostra não-probabilística intencional de 31 agricultores familiares e/ou pescadores artesanais. Estes dados não foram incluídos na análise deste estudo.

Nos primeiros dias da coleta de dados, o mestrando acompanhou as pesquisadoras de campo no intuito de padronização na aplicação das perguntas do formulário e realização de exame físico.

Durante todo o período de coleta, os dados foram acompanhados de forma virtual por mestrando para monitoramento com *feedback* constante entre os pesquisadores. Foi criado grupo virtual em aplicativo de celular com mestrando, coordenadora da pesquisa e pesquisadores de campo para discussões sobre a coleta.

### **5.7.3 Passos realizados no estudo**

Atividade 1: Levantamento de questões de investigação e de problemas de saúde a serem abordados junto aos movimentos populares, pesquisadores e profissionais do SUS em oficina de 8 horas na sede da Fiocruz Ceará, em 2019.

Atividade 2: Elaboração do instrumento de coleta de dados, tomando-se como referência os problemas/temas apontados na oficina de 8 horas;

Atividade 3: Realização de teste-piloto do formulário junto a quatro sujeitos (dois homens e duas mulheres que estavam dentro dos critérios de inclusão) e ajuste conforme a necessidade (quanto a linguagem, ordem de perguntas, exclusão de questões constrangedoras);

Atividade 4: Treinamento dos pesquisadores de campo;

Atividade 5: Estudo-piloto em município rural adjacente com perfil sociodemográfico semelhante ao município da pesquisa;

Atividade 6: Aplicação de formulário com agricultores familiares e/ou pescadores artesanais em Novo Oriente-CE;

Atividade 7: Análise dos dados da pesquisa em programa SPSS

Atividade 8: Sistematização dos resultados na dissertação e nos artigos científicos para futuras publicações.

## 5.8 PRINCIPAIS VARIÁVEIS COLETADAS

### 5.8.1 Variáveis independentes (explanatórias)

Foram avaliadas as seguintes variáveis independentes presentes no formulário de acordo com os eixos principais:

I. Caracterização sociodemográfica do indivíduo: trabalho; idade; sexo; situação conjugal; cor/raça; religião.

II. Avaliação do serviço de saúde: SUS; ESF; saúde pública; posto de saúde; profissionais de saúde; acesso aos serviços de saúde; utilização dos serviços; qualidade dos atendimentos.

III. Caracterização das condições de vida, do ambiente, da produção e da família: distância da sede; tipo de moradia; condições de moradia; energia elétrica; fontes de água consumida; qualidade da água; destino das fezes; problemas ambientais; presença de escolas/creches; acesso aos serviços educacionais; transportes próprios; opções de lazer; atividade física pública; fontes de renda; destino da produção do trabalho; renda mensal; consumo alimentar.

IV. Histórico familiar de doenças: problemas de saúde já apresentados pelos membros da família; causas de internações hospitalares e causas de óbitos na família.

VI. Avaliação de saúde do indivíduo: doenças diagnosticadas; uso de medicamentos; assistência em saúde; uso abusivo de álcool (AUDIT); IMC; IAC; relação cintura/quadril, pressão arterial; glicemia capilar.

### 5.8.2 Variável dependente (desfecho)

A variável dependente (desfecho) utilizado no estudo foi o sofrimento mental, avaliado pelo questionário SRQ-20, incorporada no eixo “VI. Avaliação de saúde do indivíduo” do formulário aplicado na coleta de dados. Foi adotado assim como em outros estudos semelhantes o ponto de corte 7, sendo classificado como rastreio positivo para sofrimento mental aqueles indivíduos com pontuação maior ou igual a 7 (GUIRADO; PEREIRA, 2016).

## 5.9 PROCESSAMENTO DE DADOS

No momento da entrevista, foram utilizados dispositivos móveis programados com máscara contendo o formulário no aplicativo ODK (Open Data Kit). O ODK reúne conjunto de ferramentas, que possibilita a coleta de dados por meio de dispositivos móveis, bem como envio desses dados a um servidor on-line. Esse processo ocorreu mesmo sem conexão com a Internet no momento da coleta dos dados.

Para garantir a inserção completa dos dados, foi incluído mecanismo de segurança no programa em que o prosseguimento para a pergunta seguinte só ocorria após pergunta anterior ter sido respondida. Os dados inseridos no ODK geraram automaticamente uma tabela virtual em plataforma de armazenamento que foi acompanhada virtualmente por mestrando durante todo o período de coleta. Essa tabela virtual gerou documento no Excel office 16, em que foi realizados ajustes de configuração e, posteriormente, inserido no programa de estatística SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) para realização da análise das variáveis.

## 5.10 ANÁLISE DOS DADOS

Inicialmente, foi realizada análise estatística descritiva, com estimação da frequência absoluta e relativa, da média aritmética e do desvio-padrão das variáveis do eixo “I. Caracterização sociodemográfica do indivíduo” para uma descrição do perfil sociodemográfico dos pescadores(as) artesanais e agricultores(as) familiares da pesquisa; do eixo “II. Avaliação do serviço de saúde para uma descrição dos serviços de saúde utilizado pelos habitantes; do eixo “III. Caracterização das condições de vida, do ambiente, da produção e da família” em que foram avaliadas as variáveis independentes (exposição) associadas aos cuidados biopsicossociais, como serviços de saúde, moradia, ambiente, educação, transporte, lazer, renda, alimentação e trabalho; do eixo “VI. Avaliação de saúde do indivíduo” para descrição das variáveis independentes e dependente sobre o estado de saúde dos indivíduos avaliados.

Em seguida, foi realizada a análise bivariada com teste de qui-quadrado de independência para identificação de associação de cada uma das variáveis independentes com a variável dependente, dicotômica, de sofrimento mental rastreada por meio da aplicação do questionário SRQ-20 com ponto de corte 7, gerando seus respectivos valores-p, adotando-se valor de  $p < 0,05$  como nível de significância estatística.

Posteriormente, para análise bruta e ajustada foi utilizado regressão logística bivariada, considerando-se  $p < 0,20$  como limite para manter as variáveis no modelo final com o intuito

de controlar possíveis fatores de confusão do mesmo nível ou superior, sendo apresentados, além do valor-p, os valores de *odds ratio* (OR) e intervalos de confiança de 95% (IC 95%), adotando-se como uma variável significativa aquelas com intervalos que não abrangem o valor 1, sendo valores acima de 1 interpretados como aumento da probabilidade de ocorrência de determinado fenômeno e valores menores que 1 como diminuição da probabilidade estatística.

### 5.11 ASPECTOS ÉTICOS DA INVESTIGAÇÃO

Esse projeto de pesquisa está vinculado ao grupo de pesquisa: Saúde do Campo, da Floresta e das Águas no contexto da Ecologia de Saberes. Foi desenvolvido dentro dos parâmetros contidos nas resoluções do Conselho Nacional de Saúde N° 446/2012 e N° 510/2016. O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Ceará com número do Parecer 3.372.478 (ANEXO A).

Foram assegurados a confidencialidade e o sigilo aos participantes, informando-os de que sua participação ou não nesta pesquisa não acarretaria qualquer benefício ou prejuízo indevido. Foi solicitada a anuência dos sujeitos participantes da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (VIDE APÊNDICE C) que discorre sobre a natureza da pesquisa, esclarecendo-os quanto à participação voluntária e o direito de retirar-se da pesquisa no momento que quisessem. Para aqueles que afirmaram a intenção de participar foi solicitada assinatura do TCLE, sendo disponibilizado a 2ª via para o participante, ficando a primeira sob a guarda da coordenação da pesquisa.

Os riscos relacionados à participação dos sujeitos na pesquisa poderiam estar relacionados a constrangimentos caso dados sobre sua identidade viesse a público, no entanto, foi garantido que isso não ocorresse, pois as informações obtidas foram utilizadas exclusivamente para cunho científico. Os benefícios relacionados com a participação são no sentido de contribuir para o conhecimento dos aspectos relacionados à saúde, ambiente e trabalho no território em que vivem, além da possibilidade de intervir em problemas prioritários, que podem advir em melhorias concretas para a população rural.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão desta pesquisa serão apresentados em formato de artigo, como previsto nas normas do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE). Os artigos são provenientes dos achados consistentes do estudo, possibilitando a organização em três manuscritos que serão submetidos para publicação em periódicos científicos.

O primeiro artigo intitulado “Caracterização das condições de vida e saúde de famílias que vivem da agricultura familiar e da pesca artesanal” responde ao objetivo específico: caracterizar as condições de vida das famílias que vivem da agricultura familiar e da pesca artesanal.

O segundo artigo intitulado “Análise da situação e dos cuidados em saúde na realidade rural: estudo com agricultores (as) familiares e pescadores (as) artesanais” dialoga com os objetivos específicos: descrever a situação da saúde dos agricultores (as) familiar e/ou pescadores (as) artesanais e analisar os cuidados em saúde ofertados em território rural.

E o último artigo intitulado “Saúde mental de agricultores(as) familiares e pescadores(as) artesanais: associação dos fatores sociodemográficos e biopsicossociais” responde ao objetivo específico: relacionar os fatores biopsicossociais com o adoecimento mental dos indivíduos que trabalham na agricultura familiar e/ou pesca artesanal.

A seguir, apresenta-se os resultados organizados nos manuscritos que serão submetidos à publicação em revistas científicas posteriormente:



## 6.1 ARTIGO:

### **CARACTERIZAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE DE FAMÍLIAS QUE VIVEM DA AGRICULTURA FAMILIAR E DA PESCA ARTESANAL**

Luis Lopes Sombra Neto

Vanira Matos Pessoa

#### **RESUMO**

Esse estudo caracteriza as condições biopsicossociais e a situação de saúde das famílias que vivem da agricultura familiar e da pesca artesanal. Trata-se de pesquisa descritiva com abordagem quantitativa e delineamento transversal realizada por meio de entrevistas com 152 agricultores familiares e/ou pescadores artesanais que moram em Novo Oriente, Ceará, Brasil. A coleta de dados ocorreu por meio da aplicação de formulário constituído de perguntas objetivas relacionadas às variáveis biopsicossociais: moradia, ambiente, trabalho, renda, educação, lazer, transporte e alimentação e histórico familiar de problemas de saúde, internações e óbitos. A análise estatística dos dados foi realizada com estimação de frequência absoluta e relativa, da média aritmética e do desvio-padrão das variáveis. Foram observadas algumas vulnerabilidades biopsicossociais vivenciadas pelas famílias que vivem da agricultura familiar e/ou pesca artesanal, como deficiência no tratamento da água para consumo (19,5% n=29), existência de problemas ambientais (25,7% n=39), insatisfatória produção familiar (26,6% n=40), baixa renda familiar (34,6% n=47), inexistência de escolas (75% n=114) ou creches (88,2% n=134) na comunidade, carência de opções de lazer na comunidade (51,3% n=78) e preocupação com alimentação (37,5% n=57). Em relação os problemas de saúde, internações e óbitos vivenciados na família, destaca-se um padrão de prevalência de doenças crônicas. Diante das peculiaridades existentes nos territórios rurais, a saúde pública necessita abordar esses problemas relacionados as condições de vida e saúde com foco na família e em todos os aspectos que contribuem para o seu processo saúde-doença.

**Descritores:** População Rural; Saúde da População Rural; Características da Família; Estratégia Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde.

## INTRODUÇÃO

No Brasil, nas últimas décadas, principalmente após a Reforma Sanitária, houve uma superação do modelo biomédico com foco exclusivamente na cura das doenças para a incorporação de um modelo biopsicossocial em que o conceito de saúde está associado ao bem estar físico e mental atrelado às condições de alimentação, moradia, educação, lazer, transporte, trabalho, produção e renda. Diante dessas transformações, consolidou-se o conceito de determinação social da saúde que preconiza uma análise crítica destes múltiplos fatores de estrutura biológica, do modo de vida e das condições coletivas que interagem em conjunto na construção do processo saúde-doença-cuidado (BORGHI; OLIVEIRA; SEVALHO, 2018).

Diante da análise crítica das condições biopsicossociais na realidade brasileira, são notórias as iniquidades em saúde que podem ser definidas como diferenças (ou desigualdades) consideradas injustas a partir de um juízo de valor. Exemplo dessas iniquidades em saúde no nosso país podem ser constadas em muitos grupos vulneráveis, os quais deveriam ter prioridades nos cuidados em saúde pública, porém, na realidade, não têm acesso a mínimas condições e bens essenciais (SILVA et al., 2018; DANTAS et al., 2020).

Na busca em erradicar a pobreza, proteger o planeta e garantir que as pessoas alcancem a paz e a prosperidade, a ONU (Organização das Nações Unidas) propõe, incorporados à agenda 2030, os ODS (Objetivos do Desenvolvimento Sustentável) que abrangem ações para promoção do desenvolvimento social, econômico e ambiental, sendo compostos de 17 objetivos, 169 metas e 231 indicadores a serem discutidos, articulados e alcançados em conjunto pelos três setores da sociedade: governos, empresas e cidadãos (ONU, 2015).

Neste contexto da busca do desenvolvimento sustentável, surge a importância da análise do território em que habita uma população, pois este não se limita às suas determinações geográficas, constituindo, na realidade, um processo dinâmico de fatores biológicos, psicológicos, sociais, históricos, culturais, econômicos, políticos, dentre outros. Dessa forma, existe uma ampla relação da forma como se organiza uma sociedade com seu processo de saúde-doença-cuidado, demonstrando a importância da análise do território como um sistema em constante transformação (PESSOA et al., 2013).

A avaliação situacional de saúde baseado nos dados relativos ao território adscrito foi incorporada na Estratégia Saúde da Família (ESF), a qual foi criada em 1994, sendo o estado do Ceará pioneiro na sua estruturação. Essa estratégia, um dos pilares da Atenção Primária à Saúde (APS) no Sistema Único de Saúde (SUS), surgiu com o intuito de transformar o modelo anteriormente vigente no sistema público de saúde brasileiro que era voltado para o assistencialismo individual em um cuidado em saúde que englobasse promoção, prevenção,

cura e reabilitação de toda a família. Ao longo dos anos, essa estratégia comprovadamente culminou em melhores indicadores de saúde, como redução da mortalidade infantil, diminuição da incidência de doenças infectocontagiosas, maior cobertura vacinal, diminuição de complicações em gestação, parto e puerpério, aumento do acompanhamento de hipertensos e diabéticos, crescimento do acesso da população à saúde, dentre outros (NEVES et al., 2018; MACINKO; MENDONÇA, 2018).

Pelas novas recomendações publicadas na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017), o território adscrito vinculado aos cuidados de cada equipe da ESF deve conter entre 2.000 a 3.500 pessoas, correspondendo, ao calcular a média de 2,9 pessoas por família presenciada na realidade brasileira (IBGE, 2019), em torno de 690 a 1.207 famílias. Apesar dessas recomendações, existem algumas realidades, como as vivenciadas pela população rural, que necessitam de cuidados mais complexo das equipes da ESF no intuito de analisar a situação de saúde destas populações, executar ações articuladas de proteção, promoção e recuperação da saúde, prevenir riscos e agravos associados às condições de vida, bem como reduzir as vulnerabilidades (FIORATI; ARCÊNCIO; SOUZA, 2016; CARNEIRO; PESSOA; TEIXEIRA, 2017).

Dentro desse contexto de família como foco das intervenções em saúde é importante destacar o conceito de família como uma estrutura de relações caracterizadas por influência recíproca, direta, intensa e duradoura entre seus membros. Dessa forma, é fundamental a análise de aspectos como demografia, papéis familiares, moradia, parentesco, transmissão de bens, ciclo vital da família e rituais de passagem para uma caracterização mais fidedigna dessas famílias para uma melhor abordagem dos cuidados de saúde. Além disso, as famílias atuais apresentam diversas configurações diferentes do modelo arcaico simplista de pai e mãe biológicos com seus filhos, por exemplo, casais sem filhos, casais homoafetivos, casais com filhos adotivos, avós com os netos, grupos de pessoas não-consanguíneas que moram juntos, dentre outras (PEREIRA NETO; RAMOS; SILVEIRA, 2016).

A alta prevalência dos problemas de saúde encontrados nas famílias associados aos aspectos biopsicossociais é de responsabilidade da saúde pública. Para desenvolvê-la é necessária sua plena inclusão no SUS em todos seus níveis de atenção, principalmente na APS, que possibilita o primeiro acesso dos usuários ao sistema público de saúde e está incorporada no processo de territorialização, que permite uma proximidade dos usuários e sua família com os profissionais de saúde. Entretanto, ainda são encontradas diversas limitações que necessitam serem superadas na consolidação de uma APS de qualidade, como dificuldade de acesso, carência de serviços de saúde, falta de materiais para assistência, escassez e dificuldade de

fixação de profissionais, barreira política, dentre outros (GERHARDT; LOPES, 2015; PESSOA et al., 2018; SOUZA et al., 2018).

Um exemplo de fator biopsicossocial que influencia diretamente no bem estar físico e mental é o trabalho no meio rural, o qual, muitas vezes, estrutura-se na forma de produção familiar, facilmente presenciada na agricultura familiar e na pesca artesanal, que acaba impactando no modo de vida dessas famílias, que são expostas a diversos fatores de risco de natureza física (acidentes), química (exposição a agrotóxicos, minerais ou metais pesados), biológica (dores osteomusculares, parasitoses), mecânica e ergonômica e psicossocial (transtornos mentais e dependência química) (DANTAS et al., 2020).

Portanto, os estudos epidemiológicos não podem limitar-se a elaboração de dados estatísticos sem uma análise crítica dos múltiplos fatores associados ao processo saúde-doença. Sendo assim, pesquisas sobre famílias que vivem em áreas vulneráveis, como o território rural, necessitam serem realizados para reconhecer as necessidades e particularidades desse grupo com o intuito de reduzir suas fragilidades e minimizar os impactos dos fatores biopsicossociais na construção do processo saúde-doença (JUNQUEIRA et al., 2018; LIMA et al., 2018).

Diante dessa reflexão, surge a questão motivadora desta pesquisa: como se apresentam as condições de vida e saúde das famílias que vivem da agricultura familiar camponesa e da pesca artesanal em territórios rurais?

## **MÉTODO**

Trata-se de estudo descritiva com abordagem quantitativa e delineamento transversal proveniente de entrevistas com agricultores familiares e pescadores artesanais do município de Novo Oriente, classificado pelo IBGE (2017) como rural adjacente, localizado no estado brasileiro do Ceará.

Foram selecionados para o presente estudo indivíduos pertencentes à faixa etária entre 18 a 64 anos; economicamente ativos com atividade produtiva a agricultura familiar ou a pesca artesanal, ou ambas as atividades; residentes em território do sertão/campo e litoral/águas há mais de dois anos; integrante de família adscrita a uma equipe de saúde da família rural. Foi utilizado critério de exclusão: trabalhadores que estão atualmente afastados de suas atividades laborais. Além disso, devido a pandemia ocasionada pelo coronavírus no ano de 2020, foram acrescentados aos critérios de exclusão: indivíduos com sintomas de síndrome gripal ou com aferição de temperatura corporal maior ou igual a 37,8°C.

A amostra deste estudo foi constituída por 152 agricultores/pescadores rurais. A escolha dos participantes da pesquisa ocorreu mediante indicação dos movimentos populares que

reconheceram que aquela família é agricultora familiar ou pescadora artesanal, sendo mobilizados pelos líderes comunitários, considerando os critérios de inclusão e exclusão.

A coleta de dados ocorreu durante os meses de setembro e outubro de 2020, por meio da aplicação de formulário elaborado após oficina de 8 horas, com representantes de movimentos populares do campo e das águas, profissionais de saúde do SUS e pesquisadores. Para este estudo, foram utilizadas as variáveis vinculadas as perguntas objetivas do formulário sobre as características biopsicossociais: moradia, ambiente, trabalho, renda, educação, lazer, transporte e alimentação; e histórico familiar de doenças, internações e óbitos das famílias que vivem da agricultura familiar e pesca artesanal.

Posteriormente, o formulário passou por teste-piloto inicial sendo realizada a sua aplicação por duas pesquisadoras com quatro indivíduos, sendo dois homens e duas mulheres. Em seguida, baseando-se nas demandas vivenciadas pelas pesquisadoras do teste-piloto, o formulário passou por processos de revisão.

Para a padronização do método de coleta de dados, os entrevistadores foram treinados e foi realizado estudo-piloto em agosto de 2020 com amostra não-probabilística intencional de 31 trabalhadores rurais do município de Fortim, Ceará, Brasil, que possui dados sociodemográficos semelhantes a Novo Oriente, Ceará, além de ambos serem classificados como rural adjacente (IBGE, 2017).

No momento da entrevista, foram utilizados dispositivos móveis programados com máscara contendo o formulário no aplicativo ODK (Open Data Kit). Os dados inseridos no ODK geram automaticamente uma tabela virtual em plataforma de armazenamento que foi acompanhada virtualmente pelos pesquisadores durante todo o período de coleta. Essa tabela com todos esses dados coletados foi inserida no programa de estatística SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) para realização de análise estatística descritiva com estimação da frequência absoluta e relativa, da média aritmética e do desvio-padrão das variáveis.

Este estudo foi desenvolvido respeitando todos os aspectos éticos contidos nas resoluções do Conselho Nacional de Saúde N° 446/2012 e N° 510/2016. O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com número do Parecer 3.372.478.

## RESULTADOS

O perfil dos entrevistados foi a maioria do sexo masculino (57,2% n=87), com predominância na faixa etária entre 51-64 anos (36,2% n=55), sendo a média de 43 ( $\pm 13,2$ ) anos. A situação conjugal com maior prevalência foi casado/união estável (85,5% n=130). Em relação à etnia, a maioria se autodeclarou como pardo (67,1% n=102), seguido de brancos (24,3% n=37) e negros (5,3% n=8). Sobre a religião, a maioria dos agricultores/pescadores são pertencentes ao catolicismo (82,9% n=126).

Para responder à pergunta norteadora do estudo: “como se apresentam as condições de vida e saúde das famílias que vivem da agricultura familiar camponesa e da pesca artesanal em territórios rurais?” foram analisados o conjunto de variáveis sobre as condições de vida e saúde apresentadas pelas famílias residentes em comunidades rurais de Novo Oriente, Ceará, Brasil. As variáveis sobre as condições de vida foram agrupadas de acordo com os aspectos biopsicossociais: moradia, ambiente, trabalho, renda, educação, lazer, transporte e alimentação. Conforme descritas na tabela 1.

Tabela 1- Avaliação das condições biopsicossociais de famílias que trabalham na agricultura familiar camponesa e na pesca artesanal em Novo Oriente, Ceará, Brasil, 2020.

VARIÁVEIS	n	%
<b>MORADIA</b>		
<b>Tipo de casa (n=152)</b>		
Casa de alvenaria/tijolo	151	99,3
Outros	1	0,7
<b>Forma de aquisição (n=152)</b>		
Própria-quitada	138	90,8
Outra	14	9,2
<b>Número de pessoas que moram na casa (n=152)</b>		
Média (desvio-padrão)	3,3 ( $\pm 1,2$ )	
<b>Número de pessoas por cômodo no domicílio (n=152)</b>		
De 1 a 2 pessoas	122	80,3
De 2 a 3 pessoas	26	17,1
4 ou mais pessoas	4	2,6
<b>Distância da sede (n=117)</b>		
Média (desvio-padrão) km	14, 2 ( $\pm 7,4$ )	
<b>AMBIENTE</b>		
<b>Energia elétrica (n=152)</b>		
Sim	152	100
<b>Fontes de água para consumo (n=152)</b>		

Cisterna de placa	131	86,2
Outros	21	13,8
<b>Tratamento da água (n=149)</b>		
Filtrada	70	47
Tratada com cloro	17	11,4
Água mineral (comprada)	5	3,3
Mais de uma técnica	28	18,8
Não trata	29	19,5
<b>Água encanada (n=152)</b>		
Sim	149	98
Não	3	2
<b>Avaliação da qualidade da água (n=152)</b>		
Ótima	39	25,7
Boa	111	73
Ruim	2	1,3
<b>Destino das fezes (n=152)</b>		
Fossa	141	92,7
Mato/quintal	7	4,5
Outros	4	2,8
<b>Existem problemas ambientais na comunidade (n=152)</b>		
Sim	39	25,7
Não	113	74,3
<b>TRABALHO</b>		
<b>Tipo de atividade laboral (n=152)</b>		
Agricultura Familiar	26	17,11
Pesca artesanal	38	25
Agricultura e Pesca	19	12,5
Agricultura e trabalho doméstico	42	27,63
Pesca e trabalho doméstico	25	16,45
Agricultura, pesca e trabalho doméstico	2	1,32
<b>Destino da pesca ou plantio (n=152)</b>		
Consumo familiar	22	14,5
Venda	3	2
Consumo familiar e venda	127	83,5
<b>Como a família identifica seu trabalho e produtos (n=152)</b>		
Trabalho e produção individual	12	8
Regime de economia familiar	139	91,4
Regime de parceria	1	0,6
<b>Avaliação da produção nos últimos 6 meses (n=152)</b>		
Ruim	5	3,3

Regular	35	23
Boa	95	62,5
Ótima	17	11,2
<b>RENDA</b>		
<b>Fontes de renda da família (n=152)</b>		
Somente pesca artesanal	3	2
Somente benefício do governo	6	4
Benefício do governo e outros	109	71,7
Criação animais e outros	23	15,1
Outros	11	7,2
<b>Valor de renda mensal familiar (n=136)</b>		
Até 500 reais	47	34,6
501-1000	45	33
1001-1500	25	18,4
1501-2000	19	14
<b>EDUCAÇÃO</b>		
<b>Escola na comunidade (n=152)</b>		
Sim	38	25
Não	114	75
<b>Creche para criança até 3 anos (n=152)</b>		
Sim	18	11,8
Não	134	88,2
<b>Distância da moradia para escola/creche (n=110)</b>		
Média (desvio-padrão)	6,5 ( $\pm$ 1,2)	
<b>Existe transporte escolar (n=152)</b>		
Sim	149	98
Não	3	2
<b>LAZER</b>		
<b>Existem opções de lazer na comunidade (n=152)</b>		
Sim	78	51,3
Não	74	48,7
<b>TRANSPORTE</b>		
<b>Família possui transporte próprio (n=152)</b>		
Sim	141	92,8
Não	11	7,2
<b>Tipo de transporte (n=152)</b>		
Motocicleta	99	65,1
Outros (automóvel e bicicleta)	7	4,6
Mais de um transporte	35	23
Sem transporte próprio	11	7,3



**ALIMENTAÇÃO****Preocupação com alimentos acabarem na casa nos últimos 12 meses (n=152)**

Sim	57	37,5
Não	95	62,5

**Deixou de comer alimentos favoritos por falta de produção/dinheiro nos últimos 12 meses (n=152)**

Sim	47	31
Não	105	69

**Limitou variedade de alimentos por falta de produção/dinheiro nos últimos 12 meses (n=152)**

Sim	40	26,3
Não	112	73,7

Fonte: Elaborado pelos autores, 2021.

Legenda: n: amostra absoluta %: frequência relativa

Como observado na tabela, as famílias possuem condições de moradia com casas do tipo alvenaria/tijolo (99,3% n=151) e forma de aquisição própria-quitada (90,8% n=138). A média de pessoas morando na casa foi de 3,3 ( $\pm 1,2$ ), culminando em a maioria das moradias com 1 a 2 pessoas por cômodo (80,3% n=122). A distância da casa à sede do município obteve média de 14,2 km ( $\pm 7,4$ ).

Sobre as condições do ambiente em que vivem as famílias de agricultores(as) familiares e pescadores(as) artesanais, os achados foram: todos os domicílios possuem energia elétrica, a principal fonte para consumo da água utilizada pela família é a cisterna de placa (86,2% n=131) e o tratamento ocorre através de filtração (47% n=70), entretanto percentual significativo de 19,5% (n=29) referiu que não realiza tratamento da água para consumo. Além disso, praticamente todas as famílias possuem água encanada (98% n=149) e avaliam a qualidade da água como boa (73% n=111). No que se refere ao destino das fezes foi referido que ocorre principalmente em fossas (92,7% n=141). Além disso, 25,7% (n=39) dos indivíduos referiram existirem problemas ambientais na comunidade.

Em relação ao trabalho, além das atividades laborais da agricultura familiar e da pesca artesanal, houve grande prevalência do trabalho doméstico associados ao trabalho na agricultura e/ou pesca (45,4% n=69). O destino da pesca ou plantio é principalmente para venda e consumo familiar (83,5% n=127). A maioria das famílias identifica seu trabalho como regime de economia familiar (91,4% n=139) e avaliação da produção nos últimos 6 meses como “boa” (62,5% n=95), apesar de porcentagem significativa de 26,6% (n=40) ter avaliado como “regular” ou “ruim”. Nas questões referentes à renda, verifica-se que mais de 70% (n=109) das famílias obtêm sua renda proveniente de benefício do governo e outras fontes (agricultura e/ou

pesca e/ou criação de animais). O valor da renda familiar destacou-se a menor faixa de valores equivalente até 500 reais (34,6% n=47).

Sobre a educação foi descrito que não existem escolas (75% n=114) ou creches (88,2% n=134) na comunidade. Apesar disso, a distância da moradia teve média de 6,5 km ( $\pm 5,6$ ) e existe transporte escolar para os alunos (98% n=149). Em relação ao lazer, foi relatado por mais da metade dos entrevistados que não existia opções de lazer na comunidade (51,3% n= 78) no momento da pesquisa. Dados satisfatórios foram observados sobre o transporte, em que a maioria das famílias alegam possuir transporte próprio (92,8% n=141), sendo o tipo principal a motocicleta (65,1% n=99).

Alguns dados preocupantes foram descritos sobre a alimentação, em que quantidade significativa de agricultores(as) familiares e pescadores(as) artesanais descreveram nos últimos 12 meses: preocupação com alimentos acabarem (37,5% n=57), deixou de comer alimentos favoritos por falta de produção/dinheiro (31% n=47) e limitou variedade de alimentos por falta de produção/dinheiro (26,3% n=40).

Nas variáveis relacionadas as condições de saúde foram analisadas os dados sobre problemas de saúde, internações e óbitos das famílias, que vivem da agricultura familiar e da pesca artesanal, as quais foram coletadas, durante as entrevistas, através da citação individual pelo entrevistador das causas mais comuns de acordo com o perfil brasileiro (BRASIL, 2020a; BRASIL, 2020b) para que o entrevistado optasse pela existência ou inexistência de casos na família.

As variáveis relacionadas aos problemas de saúde já apresentados na família foram agrupados, no intuito de facilitar a análise, nos grupos: infectocontagiosas, crônicas não-transmissíveis, psicossociais, complicações de causas preveníveis e causas externas. Assim como se observa na tabela 2.

Tabela 2- Problemas de saúde já apresentados, por ordem de frequência, nas famílias que trabalham na agricultura familiar camponesa e na pesca artesanal em Novo Oriente, Ceará, Brasil, 2020. (n=152)

PROBLEMAS DE SAÚDE	n	%
<b>INFECTOCONTAGIOSOS</b>		
Catapora	128	84,2
Sarampo, caxumba ou rubéola	86	56,5
Dengue	39	25,6
Coronavírus - Covid 19	28	18,4
Chikungunya	23	15,1

Tuberculose	16	10,5
Hanseníase	6	3,9
Infeção sexualmente transmissível	5	3,2
Zika	2	1,3
<b>BIOLÓGICOS NÃO-TRANSMISSÍVEIS</b>		
Hipertensão Arterial	113	74,3
Refluxo/gastrite	88	57,8
Diabetes Mellitus	80	52,6
Asma	74	48,6
Neoplasia (Câncer)	67	44
Acamado/Domiciliado	50	32,8
Deficiente físico	34	22,3
Epilepsia	33	21,7
Obesidade	32	21
Desnutrição	24	15,7
<b>PSICOSSOCIAIS</b>		
Ansiedade	75	49,3
Depressão	63	41,4
Demência/Alzheimer	35	23
Usuário de drogas	34	22,3
Autismo/déficit cognitivo	13	8,5
<b>COMPLICAÇÕES DE CAUSAS PREVENÍVEIS</b>		
Acidente Vascular Encefálico	57	37,5
Infarto Agudo do Miocárdio	53	34,8
<b>CAUSAS EXTERNAS</b>		
Acidente de moto	49	32,2

Fonte: Elaborado pelos autores, 2021.

Legenda: n: amostra absoluta de famílias %: frequência relativa de famílias

Nos problemas de saúde apresentados nas famílias de agricultores(as) familiares e pescadores(as) artesanais, encontrou-se maiores prevalência nos grupos de problemas de saúde infectocontagiosos, destacando-se Catapora (84,2% n=128) e Sarampo/Caxumba/Rubéola (56,5% n=86), e biológicos não-transmissíveis, principalmente Hipertensão Arterial (74,3% n=113), Doenças do Refluxo Gastroesofágico (57,8% n=88) e Diabetes Mellitus (52,6% n=80).

Também é importante destacar o número expressivos de casos no grupo de problemas psicossociais, como Ansiedade (49,3% n=75) e Depressão (41,4% n=63). E as complicações de causas preveníveis: Acidente Vascular Encefálico (37,5% n=57) e Infarto Agudo do Miocárdio (34,8% n=53).

As internações e óbitos ocorridos nas famílias nos últimos cinco anos estão descritos na tabela 3, demonstrando uma prevalência em ordem decrescente: Hipertensão (27,6% n=42), acidente automobilístico (21% n=32) e problemas cardíacos (20,3% n=31). As três primeiras causas de óbitos referidos, em ordem decrescente, foram: problemas cardíacos (19,7% n=30), neoplasia (15,3% n=23) e acidente automobilístico (11,8% n=18).

O agravo por problemas cardíacos, diferentemente dos outros analisados, apresentou praticamente mesmo número de internações (20,3% n=31) e óbitos (19,7% n=30) que pode estar associado a maior gravidade desses casos, que poderiam ser detectados precocemente e acompanhados na APS.

Tabela 3- Casos de internações e/ou óbitos, por ordem alfabética, nos últimos cinco anos, nas famílias que trabalham na agricultura familiar camponesa e da pesca artesanal de Novo Oriente, Ceará, Brasil, 2020. (n=152)

PROBLEMAS DE SAÚDE	INTERNAÇÕES	ÓBITOS
	n (%)	n (%)
Acidente de trânsito	32 (21)	18 (11,8)
Covid-19	13 (8,5)	6 (3,9)
Diarreia	30 (19,7)	2 (1,3)
Doença Mental	10 (6,5)	2 (1,3)
Hipertensão	42 (27,6)	3 (1,9)
Neoplasia	28 (18,4)	23 (15,1)
Pneumonia	15 (9,8)	4 (2,6)
Problemas Cardíacos	31 (20,3)	30 (19,7)
Tuberculose	4 (2,6)	1 (0,7)

Fonte: Elaborado pelos autores, 2021.

Legenda: n: amostra absoluta de famílias %: frequência relativa de famílias

## DISCUSSÃO

Os achados demonstram vulnerabilidades biopsicossociais vivenciadas pelas famílias que vivem da agricultura familiar e/ou pesca artesanal no território rural, como: deficiência no tratamento da água para consumo, existência de problemas ambientais, insatisfatória produção familiar, baixa renda familiar, inexistência de escolas ou creches na comunidade, carência de opções de lazer na comunidade e preocupação com a alimentação.

Essa realidade é contraditória com as metas propostas pelos ODS: fome zero; boa saúde e bem estar; educação de qualidade; água limpa e saneamento; emprego digno e crescimento econômico; redução das desigualdades; combate às alterações climáticas,

demonstrando uma necessidade de reestruturação urgente para enquadrar-se nas perspectivas da Agenda 2030 para um desenvolvimento sustentável (ONU, 2015).

Estes problemas biopsicossociais interferem diretamente ou indiretamente nas condições de vida e saúde destas famílias. Dessa forma, essa realidade acarreta dados comprovadamente piores em indivíduos que moram nestas áreas comparados aos que moram em área urbana, como autoavaliação de saúde regular/ruim/muito ruim (45%/32%), conectado à rede coletora de esgoto ou pluvial (5%/65%), sem água canalizado no domicílio (21%/1%), lixo coletado diariamente (27%/92%) e há lugar público para atividade física (11%/48%) (SAVASSI et al., 2018).

Em pesquisa realizada em comunidades ribeirinhas da Amazônia, ao aplicar índice de salubridade ambiental domiciliar para o meio rural, foi constatado que um dos principais fatores que contribuem para insalubridade e baixa salubridade é a precariedade dos domicílios em relação à existência de instalação sanitária domiciliar, o qual inviabiliza o acesso à água dentro da casa e também ao sabão para práticas de higiene, além da coleta e do tratamento de esgotos entre outras atividades relacionadas com a saúde ambiental (BERNARDES; BERNARDES; GÜNTHER, 2018).

Um dos dados instigantes do presente estudo é sobre números expressivos de famílias que não tratam a água para consumo. Em análise técnica de água de fontes rurais, Sampaio et al (2019) verificou: cor da água abaixo do padrão máximo permitido; baixa concentração de amônia; pH com variável entre 5,5 e 7,5 e algumas amostras com contaminação por coliformes fecais. Além disso, ainda existe a questão do acesso à água, como demonstrado em estudos realizados em comunidade rural cearense em que foi descrito expressiva desigualdade na quantidade, acessibilidade física e acessibilidade econômica (ALEIXO et al. 2016).

Apesar do Brasil ser um país rico em recursos hídricos, é notória as desigualdades relacionadas ao acesso à água, refletindo contrastes no desenvolvimento econômico e social. Em estudos relacionados a distribuição espacial dos indicadores operacionais do serviço de abastecimento de água na região Nordeste do Brasil é possível identificar problemas referentes ao acesso, consumo e perdas de água, inclusive com índice de consumo de água com percentuais considerados elevados em determinadas localidades dos estados da Bahia, Ceará, Alagoas e Paraíba (ARAÚJO et al. 2016).

Alguns dados encontrados mostraram-se satisfatórios, como tipo de casa, forma de aquisição da moradia, energia elétrica, fontes de água para consumo por meio de cisternas de placas e destino das fezes em fossas. Uma das explicações para essa realidade pode ser devido a atuação de alguns programas governamentais, como Bolsa Família, Luz para Todos, Um

Milhão de Cisternas e Saneamento Brasil Rural que proporcionam melhorias nas condições de vida dessas famílias. Apesar dos benefícios comprovados desses programas governamentais, muitos deles estão enfrentando atualmente escassez nos recursos financeiros destinados a eles.

A produção proveniente do trabalho rural descrita como ‘regular’, ‘ruim’ ou ‘muito ruim’ por número significativo de entrevistados, além de interferir na renda familiar, também pode gerar consequências na alimentação da família que utiliza, muitas vezes, parte da produção para consumo, configurando-se como regime de economia familiar em que o trabalho mútuo dos membros da família é indispensável à própria subsistência e ao desenvolvimento socioeconômico da família (NERI; GARCIA, 2017). Essa realidade foi observada em nosso estudo, utilizando itens adaptados da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (BRASIL, 2014b) ao encontrar números significativos associados à preocupação e limitação da alimentação das famílias que vivem da agricultura familiar e/ou pesca artesanal.

A vulnerabilidade à saúde relacionada ao trabalho rural está diretamente relacionada com a utilização dos equipamentos de proteção individual específicos, além de ações essenciais para a saúde, como manter uma alimentação adequada, ter momentos de lazer, praticar atividade física, ter condições dignas de trabalho e contato com grupos sociais (SOUZA et al., 2018).

Em pesquisa realizada por Alencar (2014) em que analisou a distribuição dos pescadores ao longo dos municípios da calha do rio Jaguaribe descreveu a pobreza como um dos principais problemas que afetam a saúde dos pescadores. Por exemplo, 62,78% da população moradora dos municípios pertencentes à calha do rio Jaguaribe está classificada como vulnerável à pobreza. Um dos motivos para essa realidade é que nessas localizações remotas existem poucas alternativas e oportunidades de emprego. Outro motivo muito associado é a exploração do trabalho dos pescadores por pessoas ou empresas com grande poder aquisitivo, aumentando cada vez mais a discrepância econômica.

Todos esses fatores contribuem com os problemas de saúde, internações e óbitos nos trabalhadores rurais. Na análise da saúde realizada neste estudo, encontrou-se dados semelhantes aos encontrados nos últimos anos no Brasil, em que, diante da sua transição epidemiológica, observa-se uma tendência na diminuição das doenças infectocontagiosas e crescimento de doenças crônicas. Também é importante observar números expressivos de óbitos por doenças cardiovasculares, neoplasias e causas externas, assim como se apresentam as principais causas de mortalidade brasileira (BRASIL, 2020a; BRASIL, 2020b).

Sobre dados de internações hospitalares no Brasil, IBGE (2019) caracteriza que 6,6% (13,7 milhões) de brasileiros entrevistados ficaram internados em hospitais por 24 horas ou mais nos 12 meses, sendo que 64,6% (8,9 milhões) realizaram esse atendimento por meio do SUS,

inclusive com proporções ainda mais expressivas na região Nordeste (77,8%). Além disso, no meio rural, as internações em serviços públicos também foram mais frequentes (85,9%) do que as registradas na área urbana (61,4%).

Interessante observar os dados relativos aos casos de COVID-19 nas famílias analisadas na pesquisa, pois os dados foram coletados aproximadamente seis meses após a confirmação dos primeiros casos no Ceará, iniciando-se os diagnósticos na capital do estado. A relação dinâmica existente entre os territórios urbanos e rurais, principalmente nessas áreas classificadas como rurais adjacentes como Novo Oriente-CE, provoca um contato físico constante entre os sujeitos, além disso algumas vulnerabilidades como a pobreza, as desigualdades socioeconômicas e as altas taxas de trabalho informal são fatores responsáveis pela intensificação no número de casos (KERR et al. 2020).

Uma das explicações pela alta prevalência de problemas, internações e óbitos associadas às causas externas, destacando-se os acidentes, pode ser devido a quantidade expressiva de indivíduos que possui como transporte próprio a motocicleta. Dessa forma, é fundamental a realizações de ações educativas na prevenção desses agravos.

A ESF que possui o seu foco de atuação na abordagem familiar está diretamente relacionada a esses cuidados e deve estar preparada para lidar com as singularidades do processo de adoecimento desse grupo e as especificidades nos aspectos biopsicossociais envolvidos no intuito de realizar promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de maneira adequada e eficaz (GERHARDT; LOPES, 2015; LIMA et al., 2018).

Ainda exista uma heterogeneidade na consolidação da APS no Brasil em função principalmente dos diferentes processos de gestão dos municípios, que possuem autonomia para definir as prioridades para os gastos em saúde, podendo decidir os investimentos que serão vinculados ou não para a APS. Essa priorização nos gastos destinados à saúde pública e aos cuidados biopsicossociais são de extrema importância diante da realidade atual de austeridade fiscal do governo que ameaçam a expansão e consolidação do SUS (NEVES et al., 2018; CASTRO et al., 2019).

Apesar dessa realidade, a associação de adoecimento físico e mental com as áreas rurais que habitam grande parte da população brasileira ainda é, muitas vezes, negligenciado pelos profissionais de saúde, os quais não são especificamente capacitados para trabalhar nessas regiões. Essa realidade demonstra que as entidades educacionais necessitam preparar teoricamente e inserir seus alunos desde o início dos cursos nos atendimentos voltados para a população rural. E os profissionais que atuam nessas áreas necessitam de uma educação

permanente para desenvolver habilidades e competências diante das particularidades desses pacientes (ALMEIDA et al., 2018).

Diante dessa realidade, emerge a importância da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA) no intuito de trazer maior visibilidade para essas desigualdades vivenciadas por essa população, lutar por melhores indicadores das populações que vivem da agricultura e da pesca, buscar um adequado acesso aos serviços de saúde de qualidade; reduzir os riscos associados aos aspectos biopsicossociais (BRASIL, 2014b).

## CONCLUSÃO

Assim como caracterizado no presente estudo, existem muitas vulnerabilidades biopsicossociais que podem contribuir para as condições de vida e de saúde das famílias que vivem da agricultura familiar e/ou pesca artesanal. Por isso, as ações de saúde pública não podem se desvincular dessas condições biopsicossociais associadas as iniquidades em saúde, devendo buscar uma articulação entre governos, empresas e cidadãos no intuito de alcançar as metas dos ODS.

Além disso, os serviços de saúde devem realizar o planejamento de suas ações com base na análise situacional dos problemas de saúde, internações e óbitos das suas famílias adscritas, destacando-se as doenças crônicas, as quais necessitam de um acompanhamento com equidade e longitudinalidade, reforçando a importância da ESF nestes territórios.

Diante das peculiaridades de vida e saúde nos territórios rurais, bem como os desafios colocados para os profissionais de saúde, que atuam nestas comunidades, que precisam compreender as dimensões do modo de vida e trabalho rural, com seus riscos, não se torna adequado transpor dados encontrados em áreas urbanas e simplesmente adaptá-los para as áreas rurais. Portanto, mais pesquisas necessitam serem realizadas no intuito de melhorar a abordagem das famílias que vivem e sobrevivem do meio rural, bem como aprofundar o conhecimento sobre os territórios e modos de produzir saúde.

## REFERÊNCIAS

ALEIXO, B. et al . Human Right in Perspective: Inequalities in Access to Water in a Rural Community of the Brazilian Northeast. **Ambiente e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 63-84, mar. 2016 .

ALENCAR, C. A. G. **Pesca e pobreza no Brasil**. 2014. 235 f. Tese (Doutorado em Engenharia de Pesca) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014.



ALMEIDA, M. M. et al. A formação em saúde em contextos rurais. In: SAVASSI, L.C.M. et al. **Saúde no caminho da roça**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018a, p. 67-95.

ARAÚJO, et al. Distribuição espacial de indicadores operacionais de serviços de abastecimento de água no Nordeste Brasileiro. **Revista Verde Agroecologia e Desenvolvimento Sustentável**, Pombal, v.11, n.1, p.20-28, jan./mar. 2016.

BERNARDES, C. R. S.; BERNARDES R. S.; GÜNTHER, W. M. R. Proposta de índice de salubridade ambiental domiciliar para comunidades rurais: aspectos conceituais e metodológicos. **Engenharia Sanitária e Ambiental**, Rio de Janeiro, v.23, n.4, P. 697-706 jul./ago. 2018.

BORGHI, C. M. S. O.; OLIVEIRA, R. M.; SEVALHO, G. Determinação ou determinantes sociais da saúde: texto e contexto na América Latina. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 869-897, set./dez. 2018.

BORTOLOTTO C. C.; LORET C. M.; TOVO-RODRIGUES L. **Qualidade de vida em adultos de zona rural no Sul do Brasil: estudo de base populacional**. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 52, supl., p. 1-4s, jan./jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde . Departamento de Informática do SUS. **SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020a. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=29878153>. Acesso em: 15 dez. 2020.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **SINAN: Sistema de Informação sobre Mortalidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060701>. Acesso em: 15 dez. 2020.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Gabinete do Ministro. **Política Nacional de Atenção Básica 2017**. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Portaria nº 2.311, de 23 de outubro de 2014. Altera a Portaria nº 2.866/GM/MS, de 2 de dezembro de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF)**. Brasília: Ministério da Saúde; 2014a.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e combate à fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. **Escala Brasileira de Insegurança Alimentar – EBIA: análise psicométrica de uma dimensão da Segurança Alimentar e Nutricional**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e combate à fome, 2014b.

CARNEIRO, F. F.; PESSOA, V. M.; TEIXEIRA, A. C. A. **Campo, floresta e águas: práticas e saberes em saúde**. Brasília, DF: UnB; 2017.

CASTRO, et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **Health Policy**, Washington, v. 394, n.27 p. 345-356, jul. 2019.

DANTAS, C. M. B. et al. Território e determinação social da saúde mental em contextos rurais: cuidado integral às populações do campo. **Athenea Digital**, Barcelona, v. 20, n.1, p. 1-21, jan./mar. 2020.

FIORATI, R. C.; ARCÊNCIO, R. A.; SOUZA, L. B. As iniquidades sociais e o acesso à saúde. desafios para a sociedade, desafios para a enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, n. 2687e, p. 1-8, 2016.

GERHARDT, T. E.; LOPES, M. J. M. Pensar o rural e a saúde: elementos teóricos e metodológicos. In: GERHARDT, T. E.; LOPES, M. J. M. **O rural e a saúde**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2015, p. 7-23.

IBGE. Coordenação de Geografia. **Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação**. Rio de Janeiro: IBGE, 2017, 84p.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional de Saúde**. Rio de Janeiro: IBGE, 2019, 181p. Disponível Em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=o-que-e>. Acesso em: 5 mar. 2021.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios contínua (PNAD contínua)**. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/habitacao.html>. Acesso em: 28 jan. 2021.

JUNQUEIRA, F. M. et al. A pesquisa brasileira em contextos rurais: instrumento de justiça social. In: SAVASSI, L. C. et al. **Saúde no caminho da roça**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018, p. 97-110.

KERR, L. et al . COVID-19 no Nordeste brasileiro: sucessos e limitações nas respostas dos governos dos estados. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 25, supl. 2, p. 4099-4120, out. 2020.

LIMA, M. C. et al. O fazer rural. In: SAVASSI, L. C. et al. **Saúde no caminho da roça**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. p. 31-65.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, spe 1, p. 18-37, set. 2018.

NERI, E. L.; GARCIA, L. G. Atrizes da roça ou trabalhadoras rurais? O teatro e a fachada para obtenção da aposentadoria especial rural. **Sociedade e Estado**, Brasília , v. 32, n. 3, p. 701-724, dec. 2017.

NEVES, et al. Tendência temporal da cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil, regiões e Unidades da Federação, 2006-2016. **Epidemiologia e serviços de saúde**, Brasília, v. 27, n. 3, p. 1-8, jul./set. 2018.

ONU – Organização das Nações Unidas. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)**. ONU: Nova York, 2015. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>. Acesso em 28 jan. 2021.

PEREIRA NETO, E. F.; RAMOS, M. Z.; SILVEIRA, E. M. C. Configurações familiares e implicações para o trabalho em saúde da criança em nível hospitalar. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 961-979, jul./set. 2016.

PESSOA, V. M.; ALMEIDA M. M.; CARNEIRO, F. F. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil? **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 42, no. Spe 1, p. 302-314, set. 2018.

PESSOA, V. M. et al. Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2253-2262, ago. 2013.

SAMPAIO, C. A. P. et al . Análise técnica de água de fontes rurais. **Engenharia Sanitária e Ambiental**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 2, p. 213-217, apr. 2019 .

SAVASSI, L. C. et al. Apresentação. In: SAVASSI, L. C. et al. **Saúde no caminho da roça**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. p. 11-30.

SILVA, I. C. M. et al. Mensuração de desigualdades sociais em saúde: conceitos e abordagens metodológicas no contexto brasileiro. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 27, n.1, p. 1-12, jan./mar. 2018.

SOUZA, S. et al. Uma revisão narrativa associando a vulnerabilidade à saúde e os fatores ambientais de trabalhadores rurais. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 503-508, out./dez. 2018.

## 6.2 ARTIGO:

### **ANÁLISE DA SITUAÇÃO E DOS CUIDADOS EM SAÚDE NA REALIDADE RURAL: ESTUDO COM AGRICULTORES(AS) FAMILIARES E PESCADORES(AS) ARTESANAIS**

Luis Lopes Sombra Neto

Vanira Matos Pessoa

#### **RESUMO**

Este estudo descreve a situação da saúde dos indivíduos que trabalham na agricultura familiar e/ou pesca artesanal e caracteriza os cuidados em saúde ofertados no território rural. Os dados foram coletados no município de Novo Oriente, Ceará, Brasil, em 2020, por meio de uma pesquisa descritiva com abordagem quantitativa e delineamento transversal com 152 agricultores (as) familiares e/ou pescadores (as) artesanais que responderam à formulário com perguntas objetivas sobre dados sociodemográficos, condições de vida, saúde e trabalho, e avaliação dos cuidados em saúde; aplicação de rastreamento para sofrimento mental com o SRQ-20 e para uso abusivo de álcool com o AUDIT; e aferição de medidas antropométricas, pressão arterial e glicemia capilar. A análise estatística dos dados foi realizada com estimação de frequências absolutas e relativas das variáveis. Mesmo com alta prevalência de indivíduos que faltaram trabalho devido problemas de saúde (62,5% n=95), procuraram atendimento com profissionais de saúde recentemente (n=61,2% n=93), possuem problemas diagnosticados de saúde (51,3% n=78) e fazem uso de medicamentos contínuos (47,8% n=62), ainda existem algumas fragilidades nos cuidados em saúde nos territórios rurais: compra de medicamentos (87% n=54), não fazem acompanhamento de saúde (51,3% n=78), falta de conhecimento dos usuários sobre a ESF (67,1% n=102), distância da casa à UBS acima de 5 km (58,2% n=64) e faltam profissionais de saúde na UBS (59,5% n=78%). Na avaliação da saúde dos agricultores (as) e/ou pescadores (as), foram detectados alguns problemas de saúde: alto risco cardiovascular por valores acima do preconizado da relação cintura-quadril (37,8% n=57) e do índice de adiposidade corporal (49% n=74) e sofrimento mental (23% n=35) nesta população. Esse estudo descreveu muitas das fragilidades e das potencialidades existentes na APS rural, a qual se configura como o principal nível de atenção em saúde capaz de manejar o diagnóstico, acompanhamento e tratamento dos trabalhadores rurais. Dessa forma, os serviços públicos de

saúde necessitam estarem estruturados para atender as necessidades em saúde desses usuários, superando estas dificuldades tradicionalmente existentes.

**Descritores:** População Rural; Saúde da População Rural; Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde; Estratégia Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde.

## INTRODUÇÃO

No Brasil, o conjunto de serviços e ações públicos de saúde, estruturado no Sistema Único de Saúde (SUS), foi responsável diretamente por melhorar muitos indicadores de saúde nas realidades locais. Durante o processo de consolidação de um dos seus eixos estruturantes: a Atenção Primária à Saúde (APS), foi criado em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente reconhecida como Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo responsável, dentre outras ações, por proporcionar um melhor acesso aos serviços de saúde para a população, principalmente pelo vínculo com uma equipe multidisciplinar de cuidados (BRASIL, 2017).

O acesso aos serviços de saúde configura-se como um processo organizacional para atender as demandas dos usuários em todos os níveis de cuidado. Neste sentido, é fundamental a análise de situação de saúde do território adscrito, identificando os problemas, definindo prioridades e elaborando planos para o funcionamento adequado dos serviços de saúde. A APS consiste na porta de entrada do usuário no SUS, devendo realizar essa análise da situação de saúde considerando, entre outros, os princípios da equidade e da universalidade para avaliar determinantes de vulnerabilidade e perfil da população, em vez de dados superficiais sobre a quantidade de população no território (BRASIL, 2013; TARGA, 2014; BRASIL, 2017).

Essa qualificação do acesso é um dos maiores desafios a serem superados na assistência à saúde das áreas rurais. A forma como os serviços de saúde estão organizados também se configura como determinante social da saúde e pode contribuir para a melhoria das condições de vida e saúde das famílias rurais. Dessa forma, a saúde rural não pode ser desvinculada do funcionamento dos sistemas de saúde, principalmente em países em desenvolvimento como o Brasil, que necessitam realizar um uso racional e eficiente dos recursos disponíveis. (BRASIL, 2013; PESSOA; ALMEIDA; CARNEIRO, 2018; MACINKO; MENDONÇA, 2018).

A análise dos dados de saúde nos territórios rurais tem sido comprovadamente piores comparados aos territórios urbanos. Estudos demonstram que os indivíduos que moram nestas áreas em relação aos que moram em área urbana apresentam: autoavaliação de saúde regular/ruim/muito ruim (45%/32%), saber ler e escrever(77%/94%), primeira gravidez antes de 20 anos (28%/19%), nunca frequentou assistência odontológica (9%/2%), pessoas com

alguma deficiência (7,4%/6%), usuários atuais de tabaco (17%/15%) e mulheres com idade recomendada que não realizaram mamografia (38%/16%) (SAVASSI; 2018).

Nas últimas décadas, por meio principalmente dos movimentos sociais, esses problemas presenciados nos territórios rurais ganharam maior visibilidade, culminando na Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). Em 2014, foi complementada com a inclusão das populações das águas, instituindo no âmbito do SUS a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA). Essa política tem como um dos principais objetivos melhorar o nível de saúde das populações que vivem nos meios rurais, buscando proporcionar um adequado acesso aos serviços de saúde; redução de riscos à saúde decorrentes dos processos de trabalho e das inovações tecnológicas agrícolas; e a melhoria dos indicadores de saúde e da sua qualidade de vida (BRASIL, 2013; BRASIL, 2014).

Este estudo busca descrever a situação da saúde dos indivíduos que trabalham na agricultura familiar e/ou pesca artesanal e caracterizar os cuidados em saúde ofertados no território rural em um município do Estado do Ceará.

## **MÉTODOS**

Trata-se de estudo descritivo com abordagem quantitativa e delineamento transversal proveniente de entrevistas com agricultores familiares e pescadores artesanais do município de Novo Oriente, classificado pelo IBGE (2017) como rural adjacente, localizado no estado brasileiro do Ceará.

Foram selecionados para o presente estudo indivíduos pertencentes à faixa etária entre 18 a 64 anos; economicamente ativos com atividade produtiva a agricultura familiar ou a pesca artesanal, ou ambas as atividades; residentes em território do sertão/campo e litoral/águas há mais de dois anos; integrante de família adscrita a uma equipe de saúde da família rural. Foi utilizado critério de exclusão: agricultores familiares ou pescadores artesanais que estão atualmente afastados de suas atividades laborais. Além disso, devido a pandemia ocasionada pelo coronavírus no ano de 2020 foi acrescentado aos critérios de exclusão: indivíduos com sintomas de síndrome gripal ou com aferição de temperatura corporal maior ou igual a 37,8°C.

A amostra deste estudo foi constituída por 152 agricultores(as) familiares/pescadores(as) artesanais residentes em territórios rurais. A escolha dos participantes da pesquisa ocorreu mediante indicação dos movimentos populares que reconheceram que aquela família é agricultora familiar ou pescadora artesanal, sendo mobilizados pelos líderes comunitários, considerando os critérios de inclusão e exclusão.

A coleta de dados ocorreu durante meses de setembro e outubro de 2020 por meio da aplicação de formulário. Para este estudo, foram utilizadas as variáveis vinculadas as perguntas objetivas do formulário sobre dados sociodemográficos, situação de saúde dos indivíduos e avaliação dos serviços de saúde; utilização de testes de rastreio para sofrimento mental (SRQ-20) e uso abusivo de álcool (AUDIT); aferição de parâmetros antropométricos, pressão arterial e glicemia capilar.

O SRQ-20 (Self-Reporting Questionnaire) é um instrumento criado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) com intuito de rastrear o sofrimento mental, sendo o ponto de corte padronizado na maioria das literaturas para rastreio positivo é de 7/8 respostas afirmativas (GUIRADO; PEREIRA, 2016). O AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test), também criado pela OMS na década de 80, é um instrumento de rastreamento para uso abusivo de álcool mundialmente utilizado. É composto por dez perguntas que investigam o padrão de uso de álcool nos últimos 12 meses, permitindo a classificação do uso da substância da seguinte forma: baixo risco: 0 a 7 pontos; uso de risco: 8 a 15 pontos; uso nocivo: 16 a 19 pontos; provável dependência: 20 a 40 pontos (BRASIL, 2013; SANTOS et al, 2012).

As medidas antropométricas analisadas foram: peso utilizando balança digital; altura medida por fita métrica; circunferência da cintura medida com fita métrica no ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca e circunferência do quadril medida com fita métrica medindo a maior proporção da região glútea (FREITAS JUNIOR, 2018). Para cálculo do IMC (Índice de Massa Corpórea) utilizou-se a divisão do peso pela altura elevada ao quadrado, utilizando valores entre 18,5 e 24,9 como eutróficos, entre 25-29,9 kg/m<sup>2</sup> como excesso de peso;  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> como obesidade e menores que 18,5 kg/m<sup>2</sup> como desnutridos. A relação cintura-quadril foi calculada pela divisão do valor da circunferência da cintura dividida pela circunferência do quadril, em que os valores acima de 0,85 para mulheres e 1,0 para homens foram considerados como alto risco para doenças cardiovasculares. O cálculo do IAC (Índice de Adiposidade Corporal) foi realizado por meio da divisão da medida da circunferência do quadril pela altura multiplicada pela raiz quadrada da altura, diminuindo 18 do resultado final, sendo utilizados os valores para classificação como obesidade de 25% para homens e 38% para mulheres (SBC, 2006).

Para aferição da pressão arterial utilizou-se aparelho automático digital e a técnica para aferição padrão, sendo realizadas três medidas consecutivas, com intervalo de 1 minuto entre elas. Para o cálculo da pressão arterial média foi excluído o valor da primeira aferição e realizada a média aritmética das segundas e terceiras aferições. O ponto de corte para pressão arterial aumentada foi de sistólica maior ou igual a 140 mmHg e/ou diastólica de 90 mmHg

(SBC, 2016). Para aferição da glicemia capilar foi utilizada técnica padrão com glicosímetro calibrado e ponto de corte para glicemia capilar aumentada foi de 126 mg/dl (jejum) ou 200 mg/dl (pós-prandial) (SBD, 2017).

Após elaborado o formulário, o mesmo passou por teste-piloto. Foi aplicado por duas pesquisadoras em quatro indivíduos, sendo dois homens e duas mulheres. Em seguida, baseando-se nas vivências do teste-piloto, o formulário passou por processos de revisão.

Para a padronização do método de coleta de dados, os entrevistadores foram treinados e foi realizado estudo-piloto em agosto de 2020 com amostra não-probabilística intencional de 31 trabalhadores(as) rurais (agricultores/as familiares e pescadores/as artesanais) do município de Fortim, Ceará, Brasil que possui dados sociodemográficos semelhantes a Novo Oriente-CE, além de ambos serem classificados como rural adjacente (IBGE, 2017).

No momento da entrevista, foram utilizados dispositivos móveis programados com máscara contendo o formulário no aplicativo ODK (Open Data Kit). Os dados inseridos no ODK geram automaticamente uma tabela virtual em plataforma de armazenamento que foi acompanhada virtualmente pelos pesquisadores durante todo o período de coleta. Essa tabela exportada para software Excel office 16, com todos esses dados coletados foi inserida no programa de estatística SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) para realização de análise estatística descritiva com estimação de frequências absolutas e relativas das variáveis.

Este estudo foi desenvolvido respeitando todos os aspectos éticos contidos nas resoluções do Conselho Nacional de Saúde N° 446/2012 e N° 510/2016. O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com número do Parecer 3.372.478.

## **RESULTADOS**

Entre os indivíduos entrevistados a maioria era do sexo masculino (57,2% n=87), com predominância na faixa etária entre 51-64 anos (36,2% n=55), sendo a média de 43 ( $\pm 13,2$ ) anos. A situação conjugal com maior prevalência foi casado/união estável (85,5% n=130). Em relação à etnia, a maioria se autodeclarou como pardo (67,1% n=102), seguido de brancos (24,3% n=37) e negros (5,3% n=8). Sobre a religião, a maioria dos agricultores/pescadores são pertencentes ao catolicismo (82,9% n=126). Como principal atividade laboral identificada obteve-se a concomitância da agricultura familiar e trabalho doméstico (27,6% n=42). E a renda familiar mensal concentrou-se em até 1000 reais (67,6% n=92). Como descrito na tabela 1.



Tabela 1- Distribuição das características sociodemográficas de trabalhadores e trabalhadoras da agricultura familiar camponesa e da pesca artesanal de Novo Oriente, Ceará, Brasil, 2020.

VARIÁVEIS	n	%
<b>Sexo (n=152)</b>		
Masculino	87	57,2
Feminino	65	42,8
<b>Faixa Etária (n=152)</b>		
18-30 anos	35	23
31-40 anos	27	17,8
41-50 anos	35	23
51-64 anos	55	36,2
<b>Situação Conjugal (n=152)</b>		
Casado/União Estável	130	85,5
Solteiro	13	8,5
Divorciado	8	5,3
Viúvo	1	0,7
<b>Cor/Raça (n=152)</b>		
Parda	102	67,1
Branca	37	24,3
Negra	8	5,3
Amarela	4	2,6
Indígena	1	0,7
<b>Religião (n=152)</b>		
Católica	126	82,9
Evangélica	20	13,1
Nenhuma	6	4
<b>Trabalho (n=152)</b>		
Agricultura Familiar	26	17,1
Pesca artesanal	38	25
Agricultura familiar e Pesca artesanal	19	12,5
Agricultura familiar e trabalho doméstico	42	27,6
Pesca artesanal e trabalho doméstico	25	16,5
Agricultura familiar, pesca artesanal e trabalho doméstico	2	1,3
<b>Renda mensal familiar (n=136)</b>		
Até 500 reais	47	34,6
501-1000	45	33
1001-1500	25	18,4
1501-2000	19	14

Fonte: Elaborado pelos autores, 2021.

Legenda: n: amostra absoluta %: frequência relativa.

Na avaliação de saúde dos agricultores (as) e pescadores (as), observou-se uma alta prevalência de indivíduos que já faltaram trabalho por doença (62,5% n=95) e que procuraram profissional de saúde nos últimos 12 meses (61,2% n=93). Essa realidade pode estar associada ao número significativo dessas pessoas com diagnóstico prévio de alguma doença (51,3% n=78) e que fazem uso de medicamento(s) (47,8% n=62), os quais são obtidos principalmente através de compra (60% n=62).

Entretanto, é preocupante o número de indivíduos que não fazem acompanhamento da saúde (51,3% n=78), demonstrando um perfil meramente assistencialista na busca pelos serviços de saúde em detrimento do acompanhamento longitudinal, inclusive de indivíduos assintomáticos, com foco na promoção e prevenção de saúde.

Em relação à autopercepção de saúde, quase 30% (n=45) descreveram como “regular”, “ruim” ou “muito ruim”, demonstrando-se insatisfeitos com sua situação de saúde. Além disso, nos testes de rastreio, constatou-se número expressivo de agricultores (as) e/ou pescadores (as) com pontuação classificatória para sofrimento mental (23% n=35). O rastreio para uso abusivo de álcool identificou 4,6% (n=7) de indivíduos com uso de risco ou uso nocivo.

De acordo com os dados de parâmetros físicos aferidos nos indivíduos, constatou-se mais da metade com sobrepeso ou obesidade (50,6% n=77), alta prevalência de alto risco para doenças cardiovasculares por relação cintura-quadril acima dos valores preconizados (37,8% n=57) e números expressivos de índices de adiposidade corporal alterados (49% n=74).

De acordo com a avaliação da pressão arterial e glicemia capilar aferidas no momento da entrevista, foram detectados, respectivamente 10% (n=15) e 1,3% (n=2) indivíduos com valores acima do recomendado, os quais necessitam de acompanhamento nos serviços de saúde, principalmente na APS.

Tabela 2- Avaliação da situação de saúde de trabalhadores e trabalhadoras da agricultura familiar camponesa e da pesca artesanal de Novo Oriente, Ceará, Brasil, 2020.

VARIÁVEIS	n	%
<b>Já faltou trabalho por doença (n=152)</b>		
Sim	95	62,5
Não	57	37,5
<b>Procurou profissional de saúde nos últimos 12 meses (n=152)</b>		
Sim	93	61,2
Não	59	38,8
<b>Problema (s) de saúde diagnosticado (s) (n=152)</b>		
Sim	78	51,3

Não	74	48,7
<b>Faz uso de medicamento (s) contínuo (s) (n=152)</b>		
Sim	62	47,8
Não	90	59,2
<b>Forma de obtenção dos medicamentos que utiliza (n=62)</b>		
Gratuito	8	13
Comprado	37	60
Gratuito e comprado	17	27
<b>Local de acompanhamento da saúde (n=152)</b>		
Público	55	36,1
Particular	4	2,6
Não faz acompanhamento	78	51,3
Público e Particular	15	10
<b>Autopercepção de saúde (n=152)</b>		
Muito Ruim	2	1,3
Ruim	7	4,6
Regular	36	23,7
Boa	82	54
Muito Boa	25	16,4
<b>Sofrimento Mental (n=152)</b>		
Sim (SRQ-20 $\geq$ 7 pontos)	35	23
Não (SRQ-20 $<$ 7 pontos)	117	77
<b>Alcoolismo (n=152)</b>		
Baixo Risco (AUDIT 0-7 pontos)	145	95,4
Uso de Risco (AUDIT 8-15 pontos)	6	4
Uso Nocivo (AUDIT 16-19 pontos)	1	0,6
<b>Índice de Massa Corpórea (n=152)</b>		
Desnutrido ( $<$ 18,5 kg/m <sup>2</sup> )	6	4
Eutrófico (18,5-24,9 kg/m <sup>2</sup> )	69	45,4
Sobrepeso (25-29,9 kg/m <sup>2</sup> )	54	35,5
Obesidade ( $\geq$ 30 kg/m <sup>2</sup> )	23	15,1
<b>Relação Cintura-quadril alterada (n=151)</b>		
Sim (Mulheres $\geq$ 0,85/ Homens $\geq$ 1)	57	37,8
Não	94	62,2
<b>Índice de adiposidade corporal alterado (n=151)</b>		
Sim (Mulheres $\geq$ 38% / Homens $\geq$ 25%)	74	49
Não	77	51
<b>Pressão Arterial alterada (n=152)</b>		
Sim (PAS $\geq$ 140 e/ou PAD $\geq$ 90 mmHg)	15	10
Não	137	90

**Glicemia capilar alterada (n=152)**

Sim (Jejum $\geq$ 110 mg/dl ou pós-prandial $\geq$ 200) mg/dl)	2	1,3
Não	150	98,7

Fonte: Elaborado pelos autores, 2021.

Legenda: n: amostra absoluta %: frequência relativa

PAS: Pressão Arterial Sistólica PAD: Pressão Arterial Diastólica

Apesar desses dados de saúde alterados encontrados em nosso estudo, muitos deles poderiam ter sido detectados, acompanhados e tratados pela ESF. Assim como é exposto na tabela 3, muitas famílias já utilizaram muitos dos serviços ofertados nos postos de saúde, porém ainda existem alguns serviços que possuem baixa oferta ou procura pelas famílias que vivem da agricultura familiar e/ou pesca artesanal, como consultas de dentista (45,3% n=69), curativo (24,5% n=37) e teste de glicemia (27% n=39) que podem culminar em piores indicadores.

Tabela 3- Serviços ofertados nos postos de saúde já utilizados pelas famílias que trabalham na agricultura familiar camponesa e na pesca artesanal em Novo Oriente, Ceará, Brasil, 2020.

SERVIÇOS	SIM		NÃO	
	n	%	n	%
Atendimento médico (n=150)	138	92	12	8
Atendimento de enfermagem (n=151)	123	81,4	28	18,6
Atendimento de dentista (n=152)	69	45,3	83	54,7
Vacinação (n=152)	138	90,7	14	9,3
Curativo (n=151)	37	24,5	114	75,5
Medicamento (n=152)	113	74,3	39	25,7
Aferição pressão arterial (n=150)	122	81,3	28	18,7
Teste de glicemia (n=144)	39	27	105	73
Outro (n=149)	22	14,7	127	85,3

Fonte: Elaborado pelos autores, 2021.

Legenda: n: amostra absoluta %: frequência relativa

Além disso, como se pode observar na tabela 4 sobre a avaliação dos serviços de saúde, constatou-se que quase a totalidade (92,7% n=141) dos participantes conhecem o SUS, entretanto apenas 32,9% (n=50) conhecem a Estratégia Saúde da Família (ESF), mesmo 86% (n=123) possuindo casa cadastrada nas Unidades de Saúde da Família.

Na avaliação geral do serviço público de saúde do município, houve uma dispersão dos resultados principalmente entre os conceitos “regular” (40,3% n=61) e “bom” (47,1% n=71). Na avaliação geral do posto de saúde mais de 60% (n=99) atribuiu o conceito “bom”.

Mais da metade dos entrevistados (58,2% n=64) vivem em casa com distância acima de 5 km do posto de saúde. Apesar desse obstáculo geográfico, mais de 70% (n=110) alegam

procurar o posto de saúde por causa dos seus problemas de saúde, porém quase 60% (n=78) relataram que faltam profissionais de saúde na unidade.

Sobre o profissional (trabalhador) de saúde considerado mais necessário, destacaram-se, em ordem decrescente: médicos (68,9% n=104), agentes comunitários de saúde (ACS) (15,9% n=24) e dentistas (8,3% n=13). Enquanto sobre o profissional (trabalhador) considerado mais resolutivo tivemos: médicos (46,2% n=67), ACS (40% n=60) e enfermeiros (10,3% n=15).

Interessante observar o papel do ACS como responsável pela resolução dos problemas de saúde desta população, considerados como principal profissional (trabalhador) de saúde provedor desse requisito por mais de 40% dos entrevistados com porcentagens semelhantes aos médicos, apesar do médico ser considerado como profissional mais importante.

Em relação a utilização dos serviços de saúde, parte significativa utilizam apenas serviços tradicionais de saúde (85,5% n=130), dentre eles o mais utilizado é o posto de saúde (63,8% n=97). Ao avaliar o melhor atendimento que já tiveram na vida, os agricultores(as) familiares e/ou pescadores(as) artesanais referiram principalmente os serviços públicos: hospital público (44% n=67) e posto de saúde/visita da ESF (36,8% n=56).

Tabela 4- Avaliação dos cuidados de saúde pelos trabalhadores e trabalhadoras da agricultura familiar camponesa e da pesca artesanal de Novo Oriente, Ceará, Brasil, 2020.

VARIÁVEIS	n	%
<b>Conhece o Sistema Único de Saúde (SUS) (n=152)</b>		
Sim	141	92,7
Não	11	7,3
<b>Conhece a Estratégia Saúde da Família (ESF) (n=152)</b>		
Sim	50	32,9
Não	102	67,1
<b>Casa cadastrada na Unidade de Saúde da Família (n=143)</b>		
Sim	123	86
Não	20	14
<b>Avaliação geral do serviço público de saúde do município (n=151)</b>		
Muito Ruim	3	2
Ruim	11	7,3
Regular	61	40,3
Bom	71	47,1
Ótimo	5	3,3
<b>Avaliação geral posto de saúde (n=149)</b>		
Muito Ruim	1	0,7
Ruim	4	2,7

Regular	40	26,9
Bom	99	66,4
Ótimo	5	3,3
<b>Distância da casa ao posto de saúde mais próximo (n=110)</b>		
Até 1 km	17	15,5
De 1,1 a 5 km	29	26,3
De 5,1 a 10 km	49	44,6
Acima de 10 km	15	13,6
<b>Procura posto de saúde por seus problemas de saúde (n=152)</b>		
Sim	110	72,4
Não	42	27,6
<b>Faltam profissionais de saúde no posto de saúde (n=131)</b>		
Sim	78	59,5
Não	53	40,4
<b>Profissional considerado mais necessário (n=151)</b>		
Médico	104	68,9
Agente Comunitário de Saúde	24	15,9
Dentista	13	8,6
Enfermeiro	6	4
Agente de Combate a Endemias	4	2,6
<b>Profissional considerado mais resolutivo (n=145)</b>		
Médico	67	46,2
Agente Comunitário de Saúde	60	41,4
Enfermeiro	15	10,3
Dentista	1	0,7
Técnico de enfermagem	1	0,7
Agente de Combate a Endemias	1	0,7
<b>Serviço de saúde procurado em casos de doença na família (n=152)</b>		
Serviços de Saúde tradicionais	130	85,5
Rezadeira e outros	22	14,5
<b>Serviços de saúde mais utilizados (n=152)</b>		
Posto de Saúde	97	63,8
Hospital	49	32,3
CAPS	4	2,6
Policlínica	2	1,3
<b>Melhor atendimento de saúde que já teve (n=143)</b>		
Posto de Saúde/Visita domiciliar ESF	56	36,8
Hospital Público	67	44
Hospital Particular	3	2
Clínica/Consultório Particular	17	11,2

Outros

9

6

---

 Fonte: Elaborado pelos autores, 2021.

Legenda: n= amostra absoluta %: frequência relativa

## DISCUSSÃO

A ESF preconiza como prioritário a análise da situação de saúde baseando-se no território adstrito e suas peculiaridades, considerando, entre outros, os princípios da equidade e da universalidade para avaliar determinantes de vulnerabilidade e perfil da população, em vez de dados superficiais sobre a quantidade de população no território (BRASIL, 2017).

No município da pesquisa, Novo Oriente-CE, a saúde pública está estruturada com cobertura da ESF de 100% constituída com 11 equipes credenciadas; 71 ACS abrangendo 100% da população; uma equipe tipo I do NASF e cobertura de Saúde Bucal de apenas 54,24%. Existem 13 Unidades Básicas de Saúde (UBS) das quais 8 estão localizadas em zona rural. Além disso, a Rede de Atenção à Saúde do município conta com uma Unidade de Atenção à Saúde Indígena, um Centro de Apoio a Saúde da Família, uma unidade móvel odontológica e um polo Academia da Saúde. A rede de atenção secundária e terciária estrutura-se de um hospital geral, dois centros de especialidades, uma Unidade de Apoio a Diagnose e Terapia, uma Central de Abastecimento Farmacêutico, uma Central de Gestão a Saúde e um CAPS (BRASIL, 2019).

Diante dessa realidade, a presente pesquisa detectou alta prevalência de indivíduos que faltaram trabalho devido problemas de saúde, procuraram atendimento com profissionais de saúde recentemente, possuem problemas diagnosticados de saúde e fazem uso de medicamentos contínuos, ainda existem algumas fragilidades nos serviços de saúde que precisam serem superadas nos territórios rurais: falta de medicamentos gratuitos, distância da casa à UBS, falta de conhecimento dos usuários sobre a ESF, insatisfação com o atendimento de saúde público, dentre outros.

Dados semelhantes foram descritos em pesquisa realizada com brasileiros em que 159,6 milhões (76,2%) relataram ter se consultado com um médico nos últimos 12 meses, destacando-se as proporções em mulheres (82,3%), etnia branca (79,4%), idade acima de 60 e escolaridade com nível superior completo (84,6%). Em relação aos medicamentos, apenas 30,5% (6,2 milhões) das pessoas conseguiram obter, no serviço público de saúde, pelo menos um dos medicamentos prescritos no último atendimento de saúde (IBGE, 2019).

Outras pesquisas realizadas nos territórios rurais também detectaram alguns problemas de saúde nessa população e as fragilidades nos serviços públicos de saúde, como descrito por

Kessler et al (2016) em que um percentual significativo de indivíduos de áreas rurais apresentava alguma doença, principalmente problemas músculos/articulares (25,6%) e na coluna vertebral (23,2%). A maioria utilizou algum serviço de saúde nos últimos dois anos, porém 20% não procurou por serviços de atenção primária anualmente, demonstrando um cuidado em saúde ainda meramente curativo, convergindo com os dados do nosso estudo que mostraram quantidade expressiva de agricultores (as) e/ou pescadores (as) que procuraram há menos de 12 meses atendimento por profissionais de saúde, porém baixa prevalência de indivíduos que fazem acompanhamento da saúde.

Apesar de muitos serviços ofertados na UBS, como destacados na presente pesquisa, foram detectados algumas alterações na avaliação da saúde dos agricultores (as) e/ou pescadores (as), principalmente os relacionados ao alto risco cardiovascular, como sobrepeso/obesidade, aumento da relação cintura/quadril e índice de adiposidade corporal fora dos parâmetros preconizados.

Importante destacar que apesar de uma faixa etária relativamente jovem dos entrevistados, pois foi incluído apenas indivíduos na faixa etária economicamente ativa, encontrou-se números expressivos de indivíduos com alto risco cardiovascular, realidade que é mais comum em idosos, entretanto, dados brasileiros demonstram um aumento constante na prevalência de doenças cardiovasculares entre os jovens. Essa constatação está associada ao crescimento dos fatores de risco, como obesidade, sedentarismo, consumo de bebidas alcoólicas, alimentação desbalanceada, dentre outros (SBC, 2016).

Altas prevalências de sobrepeso (60,3%) e obesidade (25,9%) foram detectadas em pesquisa realizada com mais de 150 milhões de brasileiros. Além disso, observou-se que a prevalência de excesso de peso estimada para a população brasileira na faixa etária de 20 anos ou mais de idade aumentou continuamente desde a primeira Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE, 2019) em 1998, em ambos os sexos, sendo um pouco mais acentuada entre as mulheres.

Em estudo que avaliou o perfil cardiovascular em comunidades rurais no Vale do Jequitinhonha, localizado no estado Minas Gerais do Brasil, baseando-se em sete fatores: quatro comportamentais (dieta, atividade física, tabagismo e peso corporal) e três biológicos (colesterol total, glicemia em jejum e pressão arterial), constatou quantidade expressiva de indivíduos com dados alterados relacionados principalmente a pressão arterial, dieta saudável e tabagismo. Dessa forma, esta população apresenta potencialmente um elevado risco para incapacidade e mortalidade (FELISBINO-MENDES et al, 2014).

Além disso, o estudo apresentou dados preocupantes sobre a avaliação da saúde mental desses indivíduos, com número significativo de indivíduos apresentando autopercepção



“regular”, “ruim” ou “muito ruim” e com sofrimento mental detectado em teste de rastreio, os quais necessitam de uma abordagem multidisciplinar nos serviços de saúde.

Dados semelhantes foram encontrados em avaliação realizada com populações que vivem em territórios rurais, os quais demonstraram dados preocupantes com 22,5% de indivíduos que alegaram sua percepção de qualidade de vida global como “muito ruim” e 26,3% demonstraram insatisfação com sua saúde, inclusive foi encontrada relação estatisticamente significativa entre maior percentual de tempo residido na zona rural e a menor chance de relatarem melhor qualidade de vida (BORTOLOTTI; LORET; TOYO-RODRIGUES, 2018).

Evidências apontam uma estreita relação entre transtornos mentais com outras comorbidades apresentadas pelos indivíduos, com em estudo realizado com moradores da zona rural no município de Pelotas-RS, encontrando-se rastreio para transtorno depressivo de 35,4%, destacando-se uma maior prevalência em pessoas com doenças crônicas. Nesse estudo houve uma relação de quanto maior o número de doenças crônicas, maior a prevalência de sintomatologia depressiva. Além disso, pessoas com hipertensão, diabetes mellitus e doença cardíaca apresentaram uma prevalência quase duas vezes maior que aqueles que não relataram nenhuma dessas doenças (HIRSCHMANNI; GOMES; GONÇALVES, 2018).

Apesar dos agricultores e/ou pescadores fazerem uso constante dos serviços públicos de saúde, principalmente nas UBS, ainda existe uma insatisfação com estes serviços, demonstrado nos conceitos atribuídos na avaliação geral deles. Entretanto, os hospitais públicos e posto de saúde/visita domiciliar da ESF foram apontados como locais dos melhores atendimentos.

Em dados obtidos na Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE, 2019), realizada com 17,3 milhões (10,7%) de pessoas de 18 anos ou mais de idade que procuraram algum serviço da APS nos últimos seis meses e cujo atendimento não fora o primeiro realizado com o mesmo médico, obteve-se o escore de 5,9, em escala de 0 a 10, para a avaliação geral orientada por atributos da APS, sendo considerado o ponto de corte  $\geq 6,6$  para ser classificado como alto, ou seja, para identificar os serviços satisfatoriamente orientados por tais atributos.

Mesmo com a utilização comprovada dos serviços ofertados pela ESF, observou-se um desconhecimento dos entrevistados sobre esse termo e conseqüentemente sobre a sua atuação nos cuidados em saúde. Após mais de 25 anos de sua implementação, a ESF possui inúmeras potencialidades para os cuidados em saúde: centralidade na família, vínculo com o usuário, integralidade, coordenação da atenção, articulação à rede assistencial, participação social e atuação intersetorial. Dessa forma, deve ser divulgado esse modelo de atenção e suas potencialidades no intuito de superar o modelo meramente assistencialista vigente (ARANTES; SHIMIZU; MERCHAN-HAMANN, 2016).

Diante da carteira de serviços ofertados pela APS, alguns ainda apresentam baixa procura e adesão pelos usuários, como os demonstrados no nosso estudo: atendimento odontológico, manuseio de curativo e aferição de glicemia capilar. Exemplo dessa baixa procura pelos serviços odontológicos também foi contatado em pesquisa brasileira em que menos da metade dos entrevistados (49,4%) alegaram que realizaram consulta com dentista nos últimos 12 meses, demonstrando que a atenção com a saúde bucal ainda é insatisfatória no País (IBGE, 2019).

Outro questionamento necessário trazido pelo presente estudo é em relação à falta de profissionais de saúde nas UBS localizadas nos territórios rurais, pois nestes serviços são observadas mudanças constantes dos profissionais de saúde, principalmente médicos, tornando frágil a criação do vínculo profissional com a comunidade e a longitudinalidade do acompanhamento. Mesmo após criação de programas, que trouxeram impactos positivos na fixação desses profissionais em áreas de maior vulnerabilidade, principalmente em municípios de pequeno porte do Norte e Nordeste, como o Programa Mais Médicos para o Brasil, na prática, ainda, existem muitas áreas com escassez desses profissionais. Muitos médicos não se sentem atraídos e valorizados para trabalharem nesses locais devido à demanda excessiva, problemas políticos, ações em saúde limitadas ao assistencialismo e problemas na rede de serviços (GASPARINI; FURTADO, 2019; ALMEIDA et al., 2018).

Os entrevistados destacaram o papel dos ACS como um dos profissionais mais importantes e mais resolutivos. Essa relação pode estar associada à responsabilidade desses trabalhadores de saúde de exercerem o contato direto da comunidade com a rede de saúde. Apesar disso, desde a última publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2017), o trabalho dos ACS vem sendo muito discutido no contexto da sua participação na ESF, pois esta política não estabelece a quantidade mínima ou máxima de ACS por equipe, tornando questionável a participação dos ACS, mesmo após tantos estudos comprovando os benefícios do Programa de Agentes Comunitários de Saúde para a saúde brasileira (LIMA et al, 2018; BRASIL, 2017).

Também é importante discutir a invisibilidade do trabalho da enfermagem observado na presente pesquisa em que houve uma baixa prevalência na escolha como profissional mais necessário e resolutivo, apesar desses profissionais de saúde estarem envolvidos diretamente em numerosas atividades na APS, como: consultas, visita domiciliar, ações de educação em saúde, coleta de material citopatológico do colo uterino, aferição de parâmetros vitais, vacinação, dentre outros.

A garantia ao acesso aos serviços de saúde é uma das bases para garantir qualidade de vida aos indivíduos e suas famílias, abrangendo um conjunto de fatores a serem consolidados nos territórios rurais para os cuidados na prevenção, promoção, cura e reabilitação. Neste sentido, encontra-se a implementação do princípio da equidade, que busca priorizar as áreas de maior vulnerabilidade (LIMA et al., 2018).

Apesar da capacidade resolutiva da ESF, para garantir a sua eficiência é necessário o cuidado do paciente em todas as suas necessidades de saúde com uma rede de atenção à saúde estruturada e com serviços de apoio diagnóstico, terapêutico, emergências, urgências e hospitalar. Entretanto, as redes de assistência em saúde, na sua maioria, são estruturadas nos centros urbanos. Além disso, deve existir uma incorporação entre profissionais, usuários e condução do sistema, que precisam ser atingidos por meio da ESF. Todavia, atualmente é observada uma diminuição dos investimentos e da qualificação da ESF, enfraquecendo arranjos sistêmicos capazes de garantir seu pleno funcionamento nesses ambientes rurais (GASPARINI; FURTADO, 2019; ANDO et al., 2011; ALMEIDA et al., 2018).

## **CONCLUSÃO**

A análise situacional de saúde neste território rural apresentou alta prevalência de problemas de saúde, como alto risco cardiovascular, insatisfação na autopercepção de saúde e sofrimento mental. Estes problemas de saúde destacam-se por serem sensíveis à APS, a qual configura-se como o principal nível de atenção em saúde capaz de manejar o diagnóstico, acompanhamento e tratamento desses indivíduos.

Entretanto, necessita-se de ações para popularização do papel da ESF na saúde desta população, divulgação dos serviços ofertados na APS e valorização do papel dos trabalhadores e profissionais da saúde que atuam na ESF. Além disso, é fundamental a capacitação desses profissionais que atuam nos territórios rurais para lidar com as peculiaridades nos cuidados em saúde dos agricultores(as) familiares e pescadores(as) artesanais.

Os serviços públicos de saúde são amplamente utilizados pelos(as) agricultores(as) familiares e/ou pescadores(as) artesanais, sendo inclusive a APS o mais utilizado por essa população. Dessa forma, estes serviços necessitam estarem estruturados para atender as demandas em saúde dos usuários, superando fragilidades tradicionalmente existentes, como falta de medicamentos, carência de profissionais de saúde, barreiras geográficas e falta de conhecimento sobre a ESF, os quais geram insatisfação dos usuários com os serviços.

Essa realidade demonstra a necessidade prioritária de pesquisa com essa temática no intuito de organizar ações intersetoriais na vigilância da saúde desses trabalhadores e

organização do sistema público de saúde para a promoção de saúde sobre os fatores de risco, detecção precoce das doenças e seguimento dos indivíduos acometidos.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. F. et al. Coordenação do cuidado e atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, no. Spe 1, p. 244-260, set. 2018.

ANDO, N. M. et al. Declaração de Brasília “o conceito de rural e o cuidado à saúde”. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Brasília, v. 6, n. 19, p. 142-144, jun. 2011.

ARANTES, Luciano José; SHIMIZU, Helena Eri; MERCHAN-HAMANN, Edgar. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1499-1510, May 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. **Portaria nº 2.311, de 23 de outubro de 2014. Altera a Portaria nº 2.866/GM/MS, de 2 de dezembro de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF)**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2014.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Política Nacional de Atenção Básica 2017**. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica**. Saúde Mental. Número 34. Brasília: Ministério da Saúde. 2013.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**. Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Nota Técnica. **Informações sobre as ações e programas do Departamento de Atenção Básica**. Município: Novo Oriente-CE. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013, 52p.

ESPÉRON, J. M. T. Pesquisa quantitativa na ciência da enfermagem. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n.1, p. 1-2, jan./mar. 2017.

FELISBINO-MENDES, M. S. et al. Avaliação dos fatores de risco cardiovasculares em uma população rural brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n.6, p. 1183-1194, abr. 2014.

FREITAS JUNIOR I. F. **Padronização de medidas antropométricas e avaliação da composição corporal**. São Paulo: CREFEF4. 2018.

GASPARINI, M. F. V.; FURTADO, J. P. Longitudinalidade e integralidade no Programa Mais Médicos: um estudo avaliativo. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 30-42, mar. 2019.

GUIRADO, G. M. P.; PEREIRA, N. M. P. Uso do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) para determinação dos sintomas físicos e psicoemocionais em funcionários de uma indústria metalúrgica do Vale do Paraíba/SP. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p. 92-98, jan./mar. 2016.

HIRSCHMANN, R.; GOMES, A. P.; GONCALVES, H. Sintomatologia depressiva entre moradores da zona rural de uma cidade no Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, supl. 1, p. 1-11s, jan./jun. 2018.

IBGE. Coordenação de Geografia. **Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação**. Rio de Janeiro: IBGE, 2017, 84p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv100643.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2020.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional de Saúde**. Rio de Janeiro: IBGE, 2019, 181p. Disponível Em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=o-que-e>. Acesso em: 5 mar. 2021.

KESSLER et al Morbidities of the rural population and the use of health services. **Revista de Enfermagem da UFPI**, Teresina, v. 5, n.3, p. 24-29, jul./set. 2016.

LIMA, M. C. et al. O fazer rural. In: SAVASSI, L. C. et al. **Saúde no caminho da roça**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. p. 31-65.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, spe 1, p. 18-37, set. 2018.

PARREIRA, B. D. M. **Saúde Mental e reprodutiva de mulheres em área rural de Uberaba - Minas Gerais**. 2016. 156 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

PESSOA, V. M.; ALMEIDA M. M; CARNEIRO, F. F. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil? **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 42, no. Spe 1, p. 302-314, set. 2018.

SANTOS, W. S. et al. Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT): explorando seus parâmetros psicométricos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 3, p. 117-123, jul./set. 2012.

SAVASSI, L. C. et al. Apresentação. In: SAVASSI, L. C. et al. **Saúde no caminho da roça**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. p. 11-30.

SBC. Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial. **7ª diretriz brasileira de hipertensão arterial**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 84, supl. 1, p. 1-28, abr. 2006.

SBC. Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial. **I Diretrizes Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 10, n. 3, supl. 3, p. 1-103, set. 2016.

SBD. Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018**. São Paulo: Clannad, 2017.

TARGA, L. V. et al. Declaração de Gramado pela Saúde Rural nos países em desenvolvimento. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 32, p. 292-294, jul./set. 2014.

### 6.3 ARTIGO:

## **SAÚDE MENTAL DE AGRICULTORES(AS) FAMILIARES E PESCADORES(AS) ARTESANAIS: ASSOCIAÇÃO DOS FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E BIOPSIKOSSOCIAIS**

Luis Lopes Sombra Neto

Vanira Matos Pessoa

### **RESUMO**

Esse estudo relaciona os aspectos sociodemográficos e biopsicossociais com o sofrimento mental na população que vive nos territórios rurais. Os dados foram coletados no município de Novo Oriente, Ceará, Brasil, em 2020, por meio de uma pesquisa analítica com abordagem quantitativa e delineamento transversal com 152 agricultores (as) familiares e/ou pescadores (as) artesanais que responderam à formulário com perguntas objetivas para avaliação das variáveis independentes relacionadas aos dados sociodemográficos: sexo, faixa etária, situação conjugal, raça/cor e religião e biopsicossociais: moradia, ambiente, trabalho, renda, educação, lazer, transporte e alimentação, além da aplicação do teste Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) para rastreio de sofrimento mental, utilizado como variável dependente. Foi realizada a análise estatística com teste de qui-quadrado de independência e regressão logística multivariada, adotando-se valor de  $p < 0,05$  como nível de significância. Constatou-se uma correlação entre sofrimento mental com as variáveis de sexo [ $X^2(1) = 9,786$ ;  $p = 0,002$ ], tipo de trabalho [ $X^2(5) = 15,509$ ;  $p = 0,008$ ], tipo de transporte [ $X^2(4) = 10,016$ ;  $p = 0,04$ ], preocupação com os alimentos acabarem na casa [ $X^2(1) = 5,466$ ;  $p = 0,019$ ] e limitação de alimentação favorita por falta de produção/dinheiro [ $X^2(1) = 8,953$ ;  $p = 0,003$ ]. Na análise ajustada houve correlação do sexo feminino [OR= 3,8; IC 95%=1,62 - 8,91;  $p = 0,002$ ] e do tipo de trabalho agricultura e trabalho doméstico [OR= 6,28; IC 95%=1,21 - 32,70;  $p = 0,049$ ] com o desfecho de sofrimento mental. A relação íntima da saúde mental com os aspectos sociodemográficos e biopsicossociais na realidade da população rural, principalmente relacionados ao gênero feminino e ao trabalho, necessitam serem foco de ações específicas, envolvendo cuidados em saúde, vigilância epidemiológica, educação popular e investimentos governamentais.

**Descritores:** População Rural; Saúde da População Rural; Atenção Primária à Saúde; Saúde Mental.

## INTRODUÇÃO

O conceito de saúde mental é complexo e influenciado pelo contexto temporal e pela evolução das práticas em saúde. Transpondo a ideia disseminada durante muitos anos de saúde mental como “ausência de loucura”, os novos conceitos, influenciados no Brasil principalmente, pela Reforma Psiquiátrica, são incorporados na saúde multifatorial, incluindo aspectos sociais, econômicos, culturais e ambientais que influenciam nas emoções e no comportamento dos indivíduos (BRASIL, 2013; GAINO et al., 2018).

Dados da Pesquisa Nacional de Saúde, estimou que 10,7% de brasileiros com mais de 18 anos tiveram diagnóstico de depressão por profissional de saúde mental, representando 16,3 milhões de indivíduos. O gênero de maior porcentagem foi o feminino com 14,7%, enquanto o masculino teve 5,1%. A faixa etária que teve maior predominância de casos foi entre 60 a 64 anos de idade (13,2%) e a com menor foi entre 18 a 29 anos (5,9%). Em relação ao nível de instrução, as maiores prevalências ocorreram em níveis extremos: superior completo (12,2%) e fundamental incompleto (10,9%) (BÓS, 2018; IBGE, 2019).

Menos da metade dos homens (43,8%) e mulheres (49,3%) que referiram diagnóstico de depressão usavam medicamentos para depressão. Porcentagem 52,8% receberam assistência médica para depressão nos últimos 12 meses, entretanto, apenas 18,9% estão em acompanhamento em psicoterapia. Sobre o local de atendimento, encontrou-se a seguinte distribuição em ordem de prevalência: clínica particular ou privada (47,4%), UAPS (29,7%) e Centro de Especialidades, Policlínica Pública, ou ambulatório de hospital público (13,7% (IBGE, 2019).

Apesar dessa realidade brasileira, a associação dos fatores sociodemográficos e biopsicossociais com o adoecimento mental dos indivíduos e as consequências provenientes desse processo para suas famílias ainda é constantemente negligenciado nos cuidados em saúde. Essa realidade apresenta-se ainda mais preocupante nos territórios rurais, os quais possuem comprovadamente alguns indicadores de saúde piores quando comparados com as áreas urbanas. Exemplo disso pode ser analisado ainda nesta Pesquisa Nacional em Saúde que constatou que os territórios rurais apresentam menor prevalência de indivíduos com autoavaliação de saúde como “boa” ou “muito boa” (56%/67%). (GONÇALVES et al., 2018; SAVASSI et al., 2018; IBGE, 2019).



O próprio estigma e marginalização em que historicamente encontra-se a população rural é um dos contribuintes associados a esses indicadores preocupantes. Fatores como isolamento ambiental e social; exposição cotidiana à violência; violação de direitos civis, culturais, políticos e sociais; exclusão de oportunidades de educação e renda podem manifestar-se por meio de sintomas psicossomáticos, uso de substâncias lícitas e ilícitas ou transtornos mentais. Infelizmente, como agravante para essas situações de vulnerabilidade, os problemas relacionados à saúde mental não conseguem ser abordados ou solucionados pelos sistemas nacionais de saúde vigentes (BRASIL, 2013; COSTA NETO; DIMENSTEIN, 2017; ROTOLI et al., 2019; DANTAS et al., 2020).

Essas limitações interferem e estão associadas diretamente com dados de saúde preocupantes relacionados ao adoecimento mental na população rural. IBGE (2019) constatou a porcentagem de 7,6% de pessoas que vivem em territórios rurais, maiores de 18 anos, com diagnóstico de depressão detectado por profissional de saúde mental, sendo mais prevalente em mulheres (12,6%). Destes 45,6% referem uso de medicamentos para tratamento da depressão e 11,4% possuem grau intenso ou muito intenso de limitações nas atividades habituais devido à doença. Além disso, 4,1% dos entrevistados alegaram terem sido diagnósticos com outra doença mental (esquizofrenia, transtorno bipolar, psicose ou transtorno obsessivo-compulsivo) por profissional de saúde mental.

Ao compararmos o acompanhamento dos pacientes com diagnóstico de depressão nos territórios rurais e urbanos, observou-se que, nos rurais, 47,9% destes receberam assistência médica para a doença nos últimos 12 meses, enquanto nos territórios urbanos encontrou-se o percentual de 53,4%. Dados ainda mais divergentes são encontrados na análise de pacientes com depressão que fazem acompanhamento em psicoterapia, em que se observou percentual de 13,4% em territórios rurais e 19,6% nos urbanos.(IBGE, 2019).

Dentre esses componentes biopsicossociais associados ao sofrimento mental na população rural um dos que merece destaque é trabalho, pois os trabalhadores rurais estão diretamente ou indiretamente influenciados pelas vulnerabilidades do ambiente, principalmente associados à aspectos psicossociais, biológicos e químicos. Fatores como preocupação com a produção, sobrecarga de trabalho e uso de drogas lícitas e ilícitas contribuem diariamente para o adoecimento mental dessas pessoas. Diante dessa realidade, trabalhadores agrícolas possuem piores autopercepção de saúde comparados aos trabalhadores não-agrícolas, comprovando a íntima relação das condições biopsicossociais com as condições de vida e trabalho no campo (SOUZA et al, 2018; COSTA NETO; DIMENSTEIN, 2017).

Apesar de sua relevância, encontra-se uma tímida literatura publicada sobre o tema da saúde mental no ambiente rural. Em busca na plataforma de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), realizada em março/2021, utilizando os descritores controlados concomitantes: “população rural”, “saúde” e “Brasil”, encontrou-se 2.674 publicações. Ao especificar a busca, substituindo o descritor “saúde” por “saúde mental”, os resultados mostram apenas 239 documentos. Utilizando os mesmos termos controlados em inglês na base de dados da Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) foram encontrados, respectivamente, 1.663 e 58 trabalhos.

Esses manuscritos são voltados principalmente para a temática sobre a saúde mental em mulheres e idosos ou para o sofrimento por causas específicas como violência doméstica ou uso abusivo de álcool/drogas, porém existe uma carência de estudos abordando, por exemplo, a saúde mental de trabalhadores rurais. Dados semelhantes foram encontrados por Junqueira et al. (2018), utilizando o banco de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO), identificou 444 trabalhos efetivos sobre a saúde da população rural ou políticas de saúde. Dentre estes estudos encontrados, 87% abrangiam apenas 13 grandes áreas do conhecimento, entretanto, entre estas áreas não está incluída a saúde mental, comprovando a escassez de estudos com essa abordagem.

Diante dessa reflexão, surge a pergunta motivadora para a presente pesquisa: quais são os principais aspectos sociodemográficos e biopsicossociais envolvidos no processo de adoecimento mental nos trabalhadores rurais?

## **MÉTODOS**

Trata-se de estudo transversal analítico com abordagem quantitativa proveniente de entrevistas com agricultores familiares e pescadores artesanais do município de Novo Oriente, classificado pelo IBGE (2017) como rural adjacente, localizado no estado brasileiro do Ceará.

Foram selecionados para o presente estudo indivíduos pertencentes à faixa etária entre 18 a 64 anos; economicamente ativos com atividade produtiva a agricultura familiar ou a pesca artesanal, ou ambas as atividades; residentes em território do sertão/campo e litoral/águas há mais de dois anos; integrante de família adscrita a uma equipe de saúde da família rural. Foi utilizado critério de exclusão: agricultores familiares ou pescadores artesanais que estão atualmente afastados de suas atividades laborais. Além disso, devido a pandemia ocasionada pelo coronavírus no ano de 2020 foram acrescentados aos critérios de exclusão: indivíduos com sintomas de síndrome gripal ou com aferição de temperatura corporal maior ou igual a 37,8°C.

A amostra deste estudo foi constituída por 152 agricultores/pescadores rurais. A escolha dos participantes da pesquisa ocorreu mediante indicação dos movimentos populares que reconheceram que aquele indivíduo estava ativo nas suas atividades laborais na agricultura familiar e/ou pesca artesanal, sendo mobilizados pelos líderes comunitários de acordo com os critérios de inclusão e exclusão.

A coleta de dados ocorreu durante os meses de setembro e outubro de 2020 por meio da aplicação de formulário constituído por perguntas objetivas sobre as variáveis sociodemográficas: sexo, faixa etária, situação conjugal, raça/cor e religião e biopsicossociais: moradia, ambiente, trabalho, renda, educação, lazer, transporte e alimentação, além da aplicação de teste de rastreio para sofrimento mental: Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20).

O SRQ-20 é um instrumento criado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), derivado de questionários internacionais, já validado em diversos países, inclusive já traduzido, testado e validado no Brasil, com intuito de rastrear o sofrimento mental, associado aos Transtornos Mentais Comuns (TCM). Possui sensibilidade de 62,9% a 90% e especificidade de 44% a 95%. Trata-se de questionário composto de 20 perguntas com alternativas de “sim” ou “não”, entre as quais 4 são sobre sintomas físicos e 16 sobre sintomas psicoemocionais. O ponto de corte padronizado na maioria das literaturas para rastreio positivo é de 7/8 respostas afirmativas (GUIRADO; PEREIRA, 2016).

O formulário foi elaborado após oficina de 8 horas com representantes de movimentos populares do campo e das águas, profissionais de saúde do SUS e pesquisadores. Posteriormente, o formulário passou por teste-piloto inicial sendo realizada a sua aplicação por duas pesquisadoras com quatro indivíduos, sendo dois homens e duas mulheres. Em seguida, baseando-se nas demandas vivenciadas pelas pesquisadoras do teste-piloto, o formulário passou por processos de revisão.

Para a padronização do método de coleta de dados, os entrevistadores foram treinados e foi realizado estudo-piloto em agosto de 2020 com amostra não-probabilística intencional de 31 trabalhadores rurais do município de Fortim, Ceará, Brasil que possui dados sociodemográficos semelhantes a Novo Oriente, Ceará, além de ambos serem classificados como rural adjacente (IBGE, 2017).

No momento da entrevista, foram utilizados dispositivos móveis programados com máscara contendo o formulário no aplicativo ODK (Open Data Kit). Os dados inseridos no ODK geram automaticamente uma tabela virtual em plataforma de armazenamento que foi acompanhada virtualmente por pesquisador durante todo o período de coleta. Essa tabela com todos esses dados coletados foi inserida no programa de estatística SPSS (Statistical Package

for the Social Sciences) para realização de análise estatística descritiva, com estimativa de frequências absolutas e relativas, e da análise estatística analítica.

A análise estatística analítica bivariada foi realizada com teste de qui-quadrado de independência para identificação de associação de cada uma das variáveis independentes sobre dados sociodemográficos e biopsicossociais com a variável dependente dicotômica de sofrimento mental, rastreada por meio da aplicação do questionário SRQ-20, gerando seus respectivos valores-p, adotando-se valor de  $p < 0,05$  como nível de significância estatística.

Posteriormente, para análise bruta e ajustada foi utilizada a regressão logística multivariada, sendo consideradas as variáveis com  $p < 0,20$  gerado na aplicação do teste qui-quadrado como limite para mantê-las no modelo final com o intuito de controlar possíveis fatores de confusão. Dessa forma, foram apresentados pela regressão logística, além do valor-p, os valores de *odds ratio* (OR) e intervalos de confiança de 95% (IC 95%), adotando-se como uma variável significativa aquelas com intervalos que não abrangem o valor 1.

Este estudo foi desenvolvido respeitando todos os aspectos éticos contidos nas resoluções do Conselho Nacional de Saúde N° 446/2012 e N° 510/2016. O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com número do Parecer 3.372.478.

## RESULTADOS

Entre os indivíduos entrevistados a maioria era do sexo masculino (57,2% n=87), com predominância na faixa etária entre 51-64 anos (36,2% n=55), sendo a média de 43 anos. A situação conjugal com maior prevalência foi casado/união estável (85,5% n=130). Em relação à etnia, a maioria se autodeclarou como pardo (67,1% n=102), seguido de brancos (24,3% n=37) e negros (5,3% n=8). Sobre a religião, a maioria dos agricultores/pescadores são pertencentes ao catolicismo (82,9% n=126).

Em nossa amostra, o rastreio para sofrimento mental, realizado pelo questionário SRQ-20 (ponto de corte 7), obteve resultado positivo em 23% (n=35) dos agricultores/as familiares e/ou pescadores/as artesanais.

A tabela 1 apresenta a análise do sofrimento mental (variável dependente), rastreado pelo SRQ-20, com as variáveis independentes relacionadas aos dados sociodemográficos: sexo, faixa etária, situação conjugal, raça/cor e religião.

Tabela 1- Relação do sofrimento mental com dados sociodemográficos dos trabalhadores e trabalhadoras da agricultura familiar camponesa e da pesca artesanal de Novo Oriente, Ceará, Brasil, 2020. (n=152)

VARIÁVEIS	SOFRIMENTO MENTAL				X <sup>2</sup>	df	p
	NÃO		SIM				
	n	%	n	%			
<b>SEXO</b>					9,786	1	0,002 *
Masculino	75	86,2	12	13,8			
Feminino	42	64,6	23	35,4			
<b>FAIXA ETÁRIA</b>					5,222	3	0,156
18-30 anos	30	85,7	5	14,3			
31-40 anos	23	85,2	4	14,8			
41-50 anos	23	65,7	12	34,3			
51-64 anos	41	74,5	14	25,5			
<b>SITUAÇÃO CONJUGAL</b>					0,001	1	0,971
Sem companheiro (a)	17	77,3	5	22,7			
Com companheiro (a)	100	76,9	30	23,1			
<b>RAÇA/COR</b>					2,497	1	0,114
Branca	32	86,5	5	13,5			
Não-branca	85	73,9	30	26,1			
<b>RELIGIÃO</b>					1,033	1	0,309
Católica	95	75,4	31	24,6			
Não-católica	22	84,6	4	15,4			

Fonte: Elaborado pelos autores, 2021.

Legenda: n: amostra absoluta %: frequência relativa

X<sup>2</sup>: Teste qui-quadrado df: grau de liberdade p: valor-p \*: p < 0,05

O teste de qui-quadrado de independência mostrou que há associação estatisticamente significativa (p<0,05) entre o sofrimento mental com o gênero [X<sup>2</sup> (1)=9,786; p= 0,002]. Destacando-se o sexo feminino (35,4% n=23) com rastreamento positivo para sofrimento mental.

A tabela 2 apresenta a análise da relação do sofrimento mental (variável dependente) dos trabalhadores com as variáveis independentes relacionados aos dados biopsicossociais agrupadas nos seguintes eixos: moradia, ambiente, trabalho, renda, educação, lazer, transporte e alimentação.

Tabela 2- Relação do sofrimento mental com os dados biopsicossociais dos trabalhadores e trabalhadoras da agricultura familiar camponesa e da pesca artesanal de Novo Oriente, Ceará, Brasil, 2020.

VARIÁVEIS	SOFRIMENTO MENTAL						
	NÃO		SIM		X <sup>2</sup>	df	P
	n	%	n	%			
<b>MORADIA</b>							
<b>Tipo de casa (n=152)</b>					0,301	1	0,583
Casa de alvenaria/tijolo	116	76,8	35	23,2			
Outras	1	100	0	0			
<b>Forma de aquisição (n=152)</b>					1,401	1	0,237
Própria-quitada	108	78,3	30	21,7			
Outra	9	64,3	5	35,7			
<b>Número de pessoas que moram na casa (n =152)</b>					2,705	3	0,439
1 pessoa	3	75	1	25			
2 ou 3 pessoas	67	77,9	19	22,1			
4 ou 5 pessoas	40	72,7	15	27,3			
Acima de 5 pessoas	7	100	0	0			
<b>Número de pessoas por cômodo no domicílio (n=152)</b>					0,009	2	0,995
De 1 a 2 pessoas	94	77	28	23			
De 2 a 3 pessoas	20	76,9	6	23,1			
4 ou mais pessoas	3	75	1	25			
<b>Distância da sede (n=117)</b>					4,191	4	0,381
Até 5 km	11	76,8	3	21,4			
6- 10 Km	21	72,4	8	27,6			
11-15 km	14	93,3	1	6,7			
16-20 km	35	85,4	6	14,6			
Acima de 20 km	13	72,2	5	27,8			
<b>Gosta do lugar onde mora (n=152)</b>					0,840	1	0,359
Sim	114	77,6	33	22,4			
Não	3	60	2	30			
<b>AMBIENTE</b>							
<b>Energia elétrica (n=152)</b>					-	-	-
Sim	117	77	35	23			
<b>Fontes de água para consumo (n=152)</b>					0,218	1	0,641
Cisterna de placa	100	76,3	31	23,7			
Outros	17	81	4	19			
<b>Tratamento da água (n=149)</b>					4,990	4	0,288
Filtrada	57	81,4	13	18,4			

Tratada com cloro	13	76,5	4	23,5			
Água mineral (comprada)	4	80	1	20			
Mais de uma técnica	17	60,7	11	39,3			
Não trata	23	79,3	6	20,7			
<b>Água encanada (n=152)</b>					0,916	1	0,339
Sim	114	76,5	35	23,5			
Não	3	100	0	0			
<b>Avaliação da qualidade da água (n=152)</b>					2,784	2	0,249
Ótima	27	69,2	12	30,8			
Boa	89	80,2	22	19,8			
Ruim	1	50	1	50			
<b>Destino das fezes (n=152)</b>					1,329	2	0,514
Fossa	108	76,6	33	23,4			
Mato/quintal	5	71,4	2	28,6			
Outros	4	100	0	0			
<b>Existem problemas ambientais na comunidade (n=152)</b>					0,000	1	0,993
Sim	30	76,9	9	23,1			
Não	87	77	26	23			
<b>TRABALHO</b>							
<b>Tipo de atividade laboral (n=152)</b>					15,509	5	0,008*
Agricultura Familiar	24	92,3	2	7,7			
Pesca artesanal	31	81,6	7	18,4			
Agricultura familiar e Pesca artesanal	17	89,5	2	10,5			
Agricultura familiar e trabalho doméstico	24	57,1	18	42,9			
Pesca artesanal e trabalho doméstico	19	76	6	24			
Agricultura familiar, pesca artesanal e trabalho doméstico	2	100	0	0			
<b>Destino da pesca ou plantio (n=152)</b>					0,472	2	0,790
Consumo familiar	16	72,7	6	27,3			
Venda	2	66,7	1	33,3			
Consumo familiar e venda	99	78	28	22			
<b>Como a família identifica seu trabalho e produtos (n=152)</b>					1,060	2	0,589
Trabalho e produção individual	8	66,7	4	33,3			
Regime de economia familiar	108	77,7	31	22,3			
Regime de parceria	1	100	0	0			
<b>Avaliação da produção nos últimos 6 meses (n=152)</b>					1,278	3	0,734
Ruim	3	60	2	40			

Regular	26	74,3	9	25,7			
Boa	74	77,9	21	22,1			
Ótima	14	82,4	3	17,6			
<b>RENDA</b>							
<b>Fontes de renda da família (n=152)</b>					1,237	4	0,872
Pesca artesanal	2	66,7	1	33,3			
Benefício do governo	5	83,3	1	16,7			
Benefício do governo e outros	85	78	24	22			
Criação animais e outros	16	69,6	7	30,4			
Outros	9	81,8	2	18,2			
<b>Valor de renda mensal familiar (n=136)</b>					0,652	4	0,884
Até 500 reais	37	78,7	10	21,3			
501-1000	36	80	9	20			
1001-1500	18	72	7	28			
1501-2000	15	78,9	4	21,1			
<b>EDUCAÇÃO</b>							
<b>Escola na comunidade (n=152)</b>					0,012	1	0,911
Sim	29	76,3	9	23,9			
Não	88	77,2	26	22,8			
<b>Creche para criança até 3 anos (n=152)</b>					0,466	1	0,495
Sim	15	83,3	3	16,7			
Não	102	76,1	32	23,9			
<b>Distância da moradia para escola/creche (n=110)</b>					2,193	4	0,700
Até 5 km	44	80	11	20			
6- 10 Km	27	79,4	7	20,6			
11-15 km	13	92,9	1	7,1			
16-20 km	3	75	1	25			
Acima de 20 km	3	100	0	0			
<b>Existe transporte escolar (n=152)</b>					0,916	1	0,339
Sim	114	76,3	35	23,5			
Não	3	100	0	0			
<b>LAZER</b>							
<b>Existem opções de lazer na comunidade (n=152)</b>					0,571	1	0,450
Sim	62	79,5	16	20,5			
Não	55	74,3	19	25,7			
<b>Participou de algum programa público de exercício físico nos últimos 6 meses (n=152)</b>					3,365	1	0,067
Sim	0	0	1	100			
Não	117	77,5	34	22,5			
<b>TRANSPORTE</b>							



<b>Família possui transporte próprio (n=152)</b>					1,190	1	0,275
Sim	110	78	31	22			
Não	7	63,6	4	36,4			
<b>Tipo de transporte (n=152)</b>					10,016	4	0,040*
Motocicleta	81	81,8	18	18,2			
Automóvel	3	100	0	0			
Bicicleta	1	25	3	75			
Mais de um transporte	25	71,4	10	28,6			
Sem transporte próprio	7	63,6	4	36,4			
<b>ALIMENTAÇÃO</b>							
<b>Preocupação com alimentos acabarem na casa nos últimos 12 meses (n=152)</b>					5,466	1	0,019*
Sim	38	66,7	19	33,3			
Não	79	83,2	16	16,8			
<b>Deixou de comer alimentos favoritos por falta de produção/dinheiro nos últimos 12 meses (n=152)</b>					8,953	1	0,003*
Sim	29	61,7	18	38,3			
Não	88	83,8	17	16,2			
<b>Limitou variedade de alimentos por falta de produção/dinheiro nos últimos 12 meses (n=152)</b>					0,613	1	0,434
Sim	29	72,5	11	27,5			
Não	117	77	35	23			

Fonte: Elaborado pelos autores, 2021.

Legenda: n= amostra absoluta %: frequência relativa

X<sup>2</sup>: teste qui-quadrado df: grau de liberdade p: valor-p

\*: p < 0,05 - : teste estatístico não-aplicável

O teste de qui-quadrado de independência correlacionando o sofrimento mental com os dados sociodemográficos constatou que existe associação estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) entre o sofrimento mental com o tipo de atividade laboral [ $X^2(5)=15,509$ ;  $p= 0,008$ ], destacando-se a agricultura familiar e trabalho doméstico (42,9%  $n=18$ ) com rastreio positivo para sofrimento mental.

Além disso, na relação entre o gênero e o trabalho encontrou-se associação estatisticamente comprovada [ $X^2(5)=0,751$ ;  $p= 0,000$ ], em que houve predominância do trabalho doméstico concomitante com outras atividades laborais no grupo das mulheres, enquanto o trabalho isolado na agricultura familiar ou ambas as atividades: agricultura familiar e pesca artesanal demonstraram serem exercidos apenas pelos homens. Conforme está apresentado na tabela 3

Tabela 3- Relação entre gênero e trabalho dos trabalhadores e trabalhadoras da agricultura familiar camponesa e da pesca artesanal de Novo Oriente, Ceará, Brasil, 2020. (n=152)

VARIÁVEIS	GÊNERO		X <sup>2</sup>	df	P
	Feminino n (%)	Masculino n (%)			
<b>TRABALHO</b>			0,751	5	0,000 *
Agricultura Familiar	0 (0%)	26 (100%)			
Pesca artesanal	8 (21,1%)	30 (78,9%)			
Agricultura familiar e Pesca artesanal	0 (0%)	19 (100%)			
Trabalho doméstico e outros	57 (82,6%)	12 (17,4%)			

Fonte: Elaborado pelos autores, 2021.

Legenda: n: amostra absoluta %: frequência relativa

X<sup>2</sup>: Teste qui-quadrado df: grau de liberdade p: valor-p \*: p < 0,05

Também houve associação estatisticamente significativa entre o sofrimento mental com o tipo de transporte próprio que a família possui [X<sup>2</sup> (4)= 10,016; p= 0,04], sobressaindo a bicicleta e sem transporte próprio com prevalência, respectivamente, de 75% (n=3) e 36,4% (n=4) dos indivíduos com rastreamento positivo para sofrimento mental quando comparado com os indivíduos com rastreamento negativo que possuem transportes.

No eixo alimentação, duas variáveis independentes apresentaram associação estatisticamente significativa: preocupação com alimentos acabarem na casa nos últimos 12 meses [X<sup>2</sup> (1)= 5,466; p= 0,019] e deixou de comer alimentos favoritos por falta de produção/dinheiro nos últimos 12 meses [X<sup>2</sup> (1)= 8,953; p= 0,003].

Nos eixos relativos à moradia, ambiente, renda, educação e lazer não houve variáveis independentes com relevância estatística do cruzamento com a variável dependente.

As tabelas 4 e 5 apresentam a análise do sofrimento mental com as variáveis concomitantes, respectivamente, sociodemográficas e biopsicossociais realizadas por meio da regressão logística bivariada dos dados que apresentaram p < 0,2. Sendo excluída a variável “Participou de algum programa público de exercício físico nos últimos 6 meses” por não apresentar dados para aplicabilidade do teste estatístico utilizado.

Tabela 4- Análise bruta e ajustada da associação de sofrimento mental com os dados sociodemográficos dos trabalhadores e trabalhadoras da agricultura familiar camponesa e da pesca artesanal de Novo Oriente, Ceará, Brasil, 2020. (n=152)

Variáveis	Análise Bruta		Análise Ajustada	
	OR (IC 95%)	Valor P	OR (IC 95%)	Valor P
<b>Sexo</b>		<b>0,002*</b>		<b>0,002*</b>
Feminino	3,42 (1,55 - 7,57)		3,80 (1,62 - 8,91)	
Masculino	1		1	
<b>Faixa etária</b>				
18-30 anos	1	0,153	1	0,133
31-40 anos	1,04 (0,25 - 4,33)		0,87 (0,20 - 3,81)	
41-50 anos	3,13 (0,97 - 10,15)		2,79 (0,82 - 9,49)	
51-64 anos	2,05 (0,67 - 6,31)		2,70 (0,83 - 8,85)	
<b>Raça / Cor</b>				
Branca	1	0,099	1	0,234
Não-branca	2,26 (0,81 - 6,33)		1,93 (0,65 - 5,70)	

Fonte: Elaborado pelos autores, 2021.

Legenda: OR: odds ratio IC 95%: intervalo de confiança de 95% \*: valor P < 0,05

Dentre os fatores sociodemográficos analisados, o sexo apresentou-se estatisticamente significativo tanto no modelo de análise bruta como no modelo de análise ajustada, demonstrando por meio deste a razão de chances de 3,8 vezes de mulheres apresentarem sofrimento mental em relação aos homens [OR= 3,8; IC 95%=1,62 - 8,91; p= 0,002].

Tabela 5- Análise bruta e ajustada da associação de sofrimento mental com os dados biopsicossociais dos trabalhadores e trabalhadoras da agricultura familiar camponesa e da pesca artesanal de Novo Oriente, Ceará, Brasil, 2020. (n=152)

Variáveis	Análise Bruta		Análise Ajustada	
	OR (IC 95%)	Valor p	OR (IC 95%)	Valor p
<b>Tipo de atividade laboral</b>		0,005*		0,049*
Agricultura familiar	1		1	
Pesca artesanal	2,71 (0,52 - 14,24)		1,92 (0,33 - 11,18)	
Agricultura familiar e pesca artesanal	1,41 (0,18 - 11,03)		0,93 (0,10 - 8,35)	
Agricultura familiar e trabalho doméstico	9,00 (1,88 - 43,11)		6,28 (1,21 - 32,70)	
Pesca artesanal e trabalho doméstico	3,79 (0,69 - 20,95)		3,27 (0,54 - 19,68)	
<b>Tipo de transporte</b>		0,237		0,168
Sem transporte próprio	1		1	
Motocicleta	0,00 (0,00 - 0,00)		0,00 (0,00 - 0,00)	
Automóvel	13,50 (1,33-137,38)		12,09 (0,96-151,74)	

Bicicleta	1,80 (0,74 - 4,40)	2,34 (0,85 - 6,41)
Mais de um transporte	2,57 (0,68 - 9,73)	2,82 (0,59 - 13,45)
<b>Preocupação com alimentos acabarem</b>		
		0,021*
Sim	2,47 (1,14 - 5,33)	1,88 (0,68 - 5,19)
Não	1	
<b>Deixou comer alimentos favoritos por falta de produção/dinheiro</b>		
		0,004*
Sim	3,21 (1,47 - 7,04)	2,73 (0,96 - 7,72)
Não	1	1

Fonte: Elaborado pelos autores, 2021.

Legenda: OR: odds ratio IC 95%: intervalo de confiança de 95% \*:  $p < 0,05$

Na avaliação dos dados biopsicossociais concomitantes que estão associados com sofrimento mental, constatou-se na análise ajustada que exercer como trabalho agricultura e trabalho doméstico está associado à razão de chance de 6,28 vezes de apresentar sofrimento mental com intervalo de confiança estatisticamente aceitável [OR= 6,28; IC 95%=1,21-32,70;  $p: 0,049$ ].

Ambas variáveis relacionadas à alimentação: “preocupação com alimentos acabarem” [OR= 2,47; IC 95%=1,14-5,33;  $p: 0,021$ ] e “deixou de comer alimentos favoritos por falta de produção/dinheiro” [OR= 3,21; IC 95%=1,47-7,04;  $p: 0,004$ ] apresentaram-se como previsores positivos para sofrimento mental apenas no modelo de análise bruta da regressão logística.

## DISCUSSÃO

O presente estudo constatou uma correlação entre sofrimento mental com o gênero, tipo de trabalho, tipo de transporte, preocupação com os alimentos acabarem na casa e limitação de alimentação favorita por falta de produção/dinheiro nos agricultores (as) familiares e/ou pescadores (as) artesanais na faixa etária economicamente ativa e que se encontravam em pleno exercício de suas atividades laborais.

O trabalho é um dos determinantes biopsicossociais diretamente relacionados com a saúde, ou seja, o processo de adoecimento dos trabalhadores é influenciado pelas vulnerabilidades no ambiente de trabalho, principalmente associados à aspectos psicossociais, biológicos e químicos. Fatores como alimentação, exposição aos fatores de risco sem uso adequado de equipamentos de proteção, sobrecarga de trabalho e uso de álcool contribuem diariamente para o adoecimento físico e mental dos trabalhadores (SOUZA et al, 2018).

Essa realidade mostra-se ainda mais alarmante nos territórios rurais, em que trabalhadores agrícolas possuem piores autopercepção de saúde comparados aos trabalhadores não-agrícolas, refletindo a possível influência dos fatores de risco, intrínsecos a esse tipo de trabalho (exposições a agrotóxicos, ruídos, dentre outros). Além disso, a atividade agrícola aumenta a chance de referir doença de coluna/costas, hipertensão arterial e artrite/reumatismo (MOREIRA et al., 2015; KESSLER et al., 2016).

Assim como aponta pesquisa realizada por Bortolotto, Loret; Toyo-Rodrigues (2018) que descreveram que ser mulher, mais velho, não ser branco, ter baixa renda, ter menor escolaridade, residir a vida toda na zona rural, estar desempregado e portar alguma doença como os aspectos mais relevantes para definir negativamente a qualidade de vida da população rural.

No contexto dos problemas de saúde associados ao trabalho é fundamental avaliarmos os dados sobre os problemas mentais relacionados à atividade laboral. No Brasil, entre o período de 2006 a 2017, foram registrados no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) 8.474 casos de transtornos mentais relacionados ao trabalho, sendo as reações ao estresse grave e os transtornos de adaptação os diagnósticos com maior prevalência, seguidos pelos episódios depressivos e outros transtornos ansiosos (PISAT, 2019).

Alguns estudos publicados, convergindo com os dados encontrados no presente estudo, revelam essa associação existente entre problemas mentais e o gênero feminino. Segundo Parreira (2016), em estudo realizado com 280 mulheres de 15 a 49 anos residentes na zona rural do município de Uberaba-MG, descreveu a prevalência de transtorno mental comum (TMC) em 35,7% das mulheres e relação estatisticamente significativa entre sintomas de ansiedade e depressão com convivência ruim com companheiro e maior número de filhos.

Em outro estudo realizado com mulheres com idade entre 20 a 59 anos de áreas cobertas pela ESF na Zona da Mata Mineira, revelou uma prevalência de 19,7% de depressão, estando estatisticamente associados fatores, como possuir baixa escolaridade, ter baixa renda, usar medicamento para dormir, ser tabagista, ter procurado atendimento na UAPS no último ano e ter doença mental prévia, enquanto foram observados fatores de proteção como ser casada ou viver com companheiro, ter apoio social de parente e realizar atividades físicas regularmente (GONÇALVES et al., 2018).

Um dos fatores que podem estar associado a essa maior predisposição das mulheres ao sofrimento mental é a sua sobrecarga de trabalho, como demonstrado na presente pesquisa, pois o trabalho doméstico exercido no meio rural apresenta um padrão de divisão por gênero das atividades laborais, em que as mulheres tendem a executar as atividades domésticas além de trabalharem com os maridos nas atividades agropecuárias, proporcionando uma sobrecarga

pesada de esforço físico e mental para o gênero feminino. Dessa forma, nesta perspectiva de gênero, homens e mulheres irão vivenciar suas emoções de maneira diferente, pautados principalmente nos modelos socioculturais vivenciados. A literatura identifica que as mulheres são mais acometidas que os homens em decorrência de inúmeros fatores: cuidado com os filhos, elevada carga laboral, baixa gratificação e falta de visibilidade na realização do trabalho doméstico (ZANELLO; FIUZA; COSTA, 2015; LEITE et al., 2017).

Em estudo realizado em assentamentos rurais do Nordeste brasileiro em que foi aplicado o mesmo instrumento de rastreio para sofrimento mental utilizado em nosso estudo, o SRQ-20, obteve-se resultados de maior incidência de TMC no gênero feminino, destacando-se sofrimento mental nas mulheres associado à sobrecarga de trabalho doméstico e estressores do cotidiano, enquanto para os homens sobressaiu-se sobrecarga do trabalho na agricultura, aparecimento de doenças e perda da vitalidade física (LEITE et al, 2017).

Esses problemas mentais relacionados ao trabalho nos territórios rurais tem relação direta com seu ambiente e o espaço onde se vive. O sofrimento mental, muitas vezes, está associado ao esforço físico exorbitante no contexto capitalista de produção ou para consumo próprio, políticas ineficazes de garantias de renda em períodos de escassez, preocupação com sustento familiar, dentre outros (PASTÓRIO; ROESLER; PLEIN, 2018).

Neste contexto, insere-se a alimentação da família, pois esta depende muitas vezes da produção ou da renda proveniente do trabalho. Segundo Savassi et al. (2018) de acordo com análises epidemiológicas constatou que a população rural possui pior padrão de consumo alimentar que a população urbana: consumo diário de salada com legume/verdura cru ou cozido (14%/86%), consumo diário de suco de frutas (14%/86%), uso semanal de carne vermelha, frango ou peixe (14%/86%) (IBGE, 2013; SAVASSI et al., 2018).

Essa realidade contrapõe-se ao conceito de segurança alimentar e nutricional que consiste no direito de todas as pessoas ao acesso a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer outras necessidades essenciais. Para seu alcance é fundamental a inserção de políticas e programas de vários setores, necessitando de um amplo processo de descentralização, territorialização e gestão social (VASCONCELLOS; MOURA, 2018).

Em estudo realizado com agricultores familiares cearenses sobre a dinâmica do fornecimento dos seus produtos para a alimentação escolar foi relatado que, apesar de muitos municípios brasileiros apresentarem capacidade agrícola para abastecer o mercado escolar, os agricultores familiares encontram dificuldades para inserir-se nesta prática, como atraso no pagamento, estrutura física inadequada e falta de transporte (MARQUES et al., 2014).

Interessante destacar que a falta de transporte, como um dos problemas para a efetivação da venda proveniente do trabalho dos agricultores e geração de renda para a família, pode gerar diretamente sofrimento mental para as famílias rurais, assim como apontado na presente pesquisa. Em estudo mexicano, foi descrito que o transporte ativo (a pé) foi mais frequente em homens, escolares, pessoas de baixo nível socioeconômico e pertencentes a áreas rurais. Esse tipo de transporte pode proporcionar, além de problemas para venda de produtos, dificuldades para ida à escola, acessibilidade aos serviços de saúde, utilização de espaços de lazer distantes, dentre outros (ORTIZ-HERNÁNDEZ; VEGA-LOPEZ; AYALA-HILARIO, 2019).

Diante da realidade brasileira de alta prevalência de doenças crônicas, como os transtornos mentais, um dos principais focos para a abordagem dessa realidade deve ser a promoção em saúde, destacando a detecção dos componentes biopsicossociais que são determinantes para o sofrimento mental, constituindo-se de um plano terapêutico social referenciado e baseado na reabilitação e na integração dos pacientes com sua família e comunidade (SKAPINAKIS et al., 2013; PICHELLE, 2017).

Em estudo realizado sobre a vigilância do trabalhador da pesca artesanal em municípios pertencentes a Baía de Todos os Santos, Bahia, Brasil, descreveram algumas medidas responsáveis em melhorar a abordagem em saúde desses trabalhadores, como a organização dos serviços de diagnóstico, a adaptação de protocolo clínico de problemas por movimentos repetitivos e a capacitação das ESF atuantes em territórios pesqueiros (RÊGO et al., 2018).

No intuito de reduzir essas iniquidades em saúde dos trabalhadores, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) institui, entre outras propostas, a identificação das necessidades, demandas e problemas de saúde dos trabalhadores no território, priorizando pessoas e grupos em situação de maior vulnerabilidade. Essa proposta dialoga com a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA) que proporciona visibilidade às vulnerabilidades vivenciadas pelos trabalhadores rurais ao buscar instituir ações em promoção da saúde para a redução dos fatores de riscos e de agravos decorrentes dos processos de trabalho rural (BRASIL, 2012; BRASIL, 2015).

Além disso, a PNSIPCFA apresenta-se com o intuito de melhorar os cuidados em saúde nos territórios rurais por meio de ações e iniciativas que reconhecem as especificidades de gênero, de geração, de raça/cor, de etnia e de orientação sexual, incluindo o acesso aos serviços de saúde e a redução de riscos à saúde decorrentes dos processos de trabalho (BRASIL, 2014). E a PNSTT orienta que a rede de saúde deve estar estruturada no cuidado integral na saúde do trabalhador, incluindo ações individuais de assistência e de recuperação dos agravos e ações coletivas de promoção, de prevenção, de vigilância dos ambientes, processos e atividades de

trabalho, destacando-se a intervenção sobre os determinantes de saúde dos trabalhadores (BRASIL, 2012).

## CONCLUSÃO

Como apresentado neste estudo, existe associação entre o sofrimento mental vivenciados por agricultores familiares e/ou pescadores artesanais com os aspectos sociodemográficos e biopsicossociais dos territórios rurais, principalmente relacionados ao gênero e ao trabalho, os quais necessitam de ações específicas voltadas para a prevenção e promoção da saúde; vigilância epidemiológica; educação popular e investimentos governamentais para garantir uma qualidade de vida para esses indivíduos que vivem e sobrevivem no ambiente rural.

Essas atividades laborais exercidas nos ambientes rurais, principalmente o trabalho doméstico exercido predominantemente pelas mulheres, deve ser destacado na saúde pública, principalmente no acompanhamento longitudinal e integral das equipes da ESF rural, buscando a educação permanente dos profissionais e o matriciamento em saúde do trabalhador e em saúde mental na busca de melhorar a assistência à saúde oferecidas aos agricultores (as) familiares e/ou pescadores (as) artesanais.

Além disso, os cuidados da saúde mental dos agricultores(as) e pescadores(as) devem englobar a PNSIPCFA e a PNSTT no intuito de incorporar os determinantes de trabalho e ambiente nas práticas da ESF. Além disso, é fundamental a articulação desses cuidados em saúde mental da ESF com a Rede de Atenção à Saúde no intuito de garantir os cuidados em saúde mental em todos os níveis: promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.

## REFERÊNCIAS

BORTOLOTTO C. C.; LORET C. M.; TOVO-RODRIGUES L. **Qualidade de vida em adultos de zona rural no Sul do Brasil: estudo de base populacional**. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 52, supl., p. 1-4s, jan./jun. 2018.

BÓS et al. Diferenças no perfil socioeconômico e de saúde de idosos no meio rural e urbano: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, Brasília, v. 12, n.3, p. 148-153, abr./jun. 2018.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. Portaria nº 1.823/GM, de 23 de agosto de 2012. **Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Portaria nº 2.311, de 23 de outubro de 2014. Altera a Portaria nº 2.866/GM/MS, de 2 de dezembro de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de**



**Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF).** Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica.** Saúde Mental. Número 34. Brasília: Ministério da Saúde. 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823/GM, de 23 de agosto de 2012. **Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.** Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

COSTA NETO, M. C.; DIMENSTEIN M. Cuidado Psicossocial em Saúde Mental em Contextos Rurais. **Temas em Psicologia,** São Paulo, v. 25, n. 4, p. 1053-1064, dez. 2017.

DANTAS, C. M. B. et al. Território e determinação social da saúde mental em contextos rurais: cuidado integral às populações do campo. **Athenea Digital,** Barcelona, v. 20, n.1, p. 1-21, jan./mar. 2020.

GAINO, L. V. et al. O conceito de saúde mental para profissionais de saúde: um estudo transversal e qualitativo. **Revista Eletrônica Saúde Mental, Álcool Drogas,** Ribeirão Preto, v. 14, n.1, p. 108-116, abr./jun. 2018.

GONÇALVES, A. M. C. Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria,** Rio de Janeiro, v. 67, n.2, p. 101-9, jan./jun., 2018.

GUIRADO, G. M. P.; PEREIRA, N. M. P. Uso do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) para determinação dos sintomas físicos e psicoemocionais em funcionários de uma indústria metalúrgica do Vale do Paraíba/SP. **Cadernos de Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p. 92-98, jan./mar. 2016.

IBGE. Coordenação de Geografia. **Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação.** Rio de Janeiro: IBGE, 2017, 84p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv100643.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2020.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional de Saúde.** Rio de Janeiro: IBGE, 2019, 181p. Disponível Em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=o-que-e>. Acesso em: 5 mar. 2021.

KESSLER et al Morbidities of the rural population and the use of health services. **Revista de Enfermagem da UFPI,** Teresina, v. 5, n.3, p. 24-29, jul./set. 2016.

LEITE, J. F. et al. Condições de vida, saúde mental e gênero em contextos rurais: um estudo a partir de assentamentos de reforma agrária do Nordeste brasileiro: uma revisão sistemática. **Avances en Psicología Latinoamericana,** Bogotá, v. 35, n.2, p. 301-316, abr./jun. 2017.

PASTÓRIO, I. T.; ROESLER R. M. V. B.; PLEIN C. Condições de trabalho e saúde mental do/a trabalhador/a rural: desafios e perspectivas no desenvolvimento rural. **Revista Geopantanal,** Cuiabá, v. 13, n. 24, p. 129-146, jan./jun. 2018.

MARQUES, A. A. Reflexões de agricultores familiares sobre a dinâmica de fornecimento de seus produtos para a alimentação escolar: o caso de Araripe, Ceará. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.23, n.4, p.1329-1341, out./dez. 2014.

MOREIRA, et al. A saúde dos trabalhadores da atividade rural no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n.8, p. 1698-1708, ago. 2015.

ORTIZ-HERNÁNDEZ, L.; VEGA-LÓPEZ A. V.; AYALA-HILARIO, C. Factores sociodemográficos asociados con los modos de transporte en escolares y adolescentes mexicanos. **Boletín médico del Hospital Infantil de México**, Cidade do México, v. 76, n.1, p. 225-236, jan./dez. 2019.

PARREIRA, B. D. M. **Saúde Mental e reprodutiva de mulheres em área rural de Uberaba - Minas Gerais**. 2016. 156 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

PICHELLE, A. A. W. S. **Saúde mental masculina: prevalência e vulnerabilidade aos transtornos mentais comuns nos contextos rural e urbano**. 2017. 327p. Tese (Doutorado em Psicologia Social) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2017.

PISAT. Centro Colaborador de Vigilância dos Agravos de Saúde do Trabalhador. Boletim Epidemiológico. **Transtornos mentais relacionados ao trabalho no Brasil, 2016-2017**. Salvador: Programa Integrado em Saúde Ambiental e do Trabalhador, 2019.

RÊGO, et al. Vigilância em saúde do trabalhador da pesca artesanal na Baía de Todos os Santos: da invisibilidade à proposição de políticas públicas para o Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 43, n.1e, p.1-9, jan./dez. 2018.

ROTOLO, A. et al. Saúde mental na atenção primária: desafios para a resolutividade das ações. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, mar. 2019.

SAVASSI, L. C. et al. Apresentação. In: SAVASSI, L. C. et al. **Saúde no caminho da roça**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. p. 11-30.

SKAPINAKIS, P. et al. Prevalence and sociodemographic associations of common mental disorders in a nationally representative sample of the general population of Greece. **BMC Psychiatry**, Grécia, v.163, n.13, p. 1-14, 2013.

SOUZA, S. et al. Uma revisão narrativa associando a vulnerabilidade à saúde e os fatores ambientais de trabalhadores rurais. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 503-508, out./dez. 2018.

VASCONCELLOS, A. B. P. A.; MOURA, L. B. A. Segurança alimentar e nutricional: uma análise da situação da descentralização de sua política pública nacional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n.2, p. 1-13, abr./jun. 2018.

ZANELLO, V.; FIUZA, G. e COSTA, H. S. Saúde mental e gênero: facetas gendradas do sofrimento psíquico. **Fractal: Revista de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 23, n.3, p. 238-26, jul./set. 2015.  
27(3), 238-246.

## 7 CONCLUSÃO

As vulnerabilidades biopsicossociais apresentadas nas condições de vida e saúde das famílias que vivem da agricultura familiar e da pesca artesanal em territórios rurais necessitam serem abordadas nos cuidados em saúde, principalmente pela ESF, fortalecendo a equidade e a longitudinalidade. Com este intuito, o modelo da determinação social em saúde deve ser utilizado para uma análise crítica do processo saúde-doença-cuidado dessas famílias e realizado planejamento em conjunto de gestores, profissionais de saúde e usuários com o intuito de realizar ações para superar as iniquidades em saúde.

Apesar do papel fundamental da ESF na saúde dos indivíduos e suas famílias, ainda existe uma falta de conhecimento em relação à essa estratégia e consequentemente baixa procura ou adesão por alguns serviços ofertados por parte de famílias agricultoras familiares e pescadoras artesanais. Por isso, é fundamental uma maior divulgação da importância desta estratégia nos cuidados em saúde nos territórios rurais. Para alcançar este objetivo o papel do trabalho em equipe e da participação popular têm funções cruciais na conscientização dos usuários no que se refere a luta por saúde e o direito a esta estabelecida na Constituição Federal.

Mesmo com a utilização constante dos serviços públicos de saúde pelos agricultores(as) familiares e/ou pescadores(as) artesanais, ainda existe uma procura pelos cuidados em saúde focado no caráter meramente assistencialista. Essa realidade pode ser uma das causas de parâmetros antropométricos e de sofrimento mental detectados na avaliação de saúde dos entrevistados, necessitando de ações no intuito de organizar ações intersectoriais na vigilância da saúde desses trabalhadores e organizar o sistema público de saúde com foco na promoção de saúde sobre os fatores de risco, detecção precoce das doenças e seguimento dos indivíduos acometidos. Além disso, existem fragilidades na saúde pública dos territórios rurais que necessitam de diagnóstico situacional de saúde mais complexo em prol de aperfeiçoar os serviços ofertados.

Na análise realizada no estudo da saúde mental dos trabalhadores e trabalhadoras da agricultura familiar e da pesca artesanal em território rural, constatou-se a relação existente entre os aspectos sociodemográficos e biopsicossociais com o sofrimento mental, destacando-se gênero, tipo de trabalho, tipo de transporte, preocupação com os alimentos acabarem na casa e limitação de alimentação favorita por falta de produção/dinheiro.

Dentre esses aspectos, as atividades laborais exercidas nos ambientes rurais, principalmente o trabalho doméstico exercido predominantemente pelas mulheres, deve ser destacado nos cuidados em saúde pública, principalmente no acompanhamento longitudinal e

integral das equipes da ESF rural, buscando a educação permanente dos profissionais e o matriciamento em saúde do trabalhador e em saúde mental na busca de melhorar a assistência à saúde oferecidas aos agricultores (as) familiares e/ou pescadores (as) artesanais.

O presente estudo apresenta algumas limitações, como o fato de ser uma pesquisa transversal com amostra não-probabilística, as quais não permitem extrapolação dos resultados encontrados para a realidade de todos os grupos rurais. Sendo assim, na busca de melhorias para as populações do campo, floresta e águas, outras pesquisas sobre a saúde mental das pessoas que vivem nestas áreas vulneráveis necessitam serem realizados para reconhecer as necessidades e particularidades desse grupo com o intuito de reduzir iniquidades e fragilidades tradicionalmente existentes na construção do processo saúde-doença-cuidado mental.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, P. H. B.; ALONZO, H. G. A. Trabalho rural e riscos à saúde: uma revisão sobre o "uso seguro" de agrotóxicos no Brasil. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 10, p. 4197-4208, oct. 2014.
- ALENCAR, C. A. G. **Pesca e pobreza no Brasil**. 2014. 235 f. Tese (Doutorado em Engenharia de Pesca) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014.
- ALEIXO, B. et al . Human Right in Perspective: Inequalities in Access to Water in a Rural Community of the Brazilian Northeast. **Ambiente e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 63-84, mar. 2016 .
- ALMEIDA, M. M. et al. A formação em saúde em contextos rurais. In: SAVASSI, L.C.M. et al. **Saúde no caminho da roça**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018a, p. 67-95.
- ARANTES, Luciano José; SHIMIZU, Helena Eri; MERCHAN-HAMANN, Edgar. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 5, p. 1499-1510, May 2016.
- ARAÚJO, et al. Distribuição espacial de indicadores operacionais de serviços de abastecimento de água no Nordeste Brasileiro. **Revista Verde Agroecologia e Desenvolvimento Sustentável**, Pombal, v.11, n.1, p.20-28, jan./mar. 2016.
- ARAÚJO, J.; RAMOS, E.; LOPES, C. Lifestyles and self-rated health, in Portuguese elderly from rural and urban areas. **Acta Medica Portuguesa**, Lisboa v. 24, n.2 (supl.), p. 79-88, dez. 2011.
- \_\_\_\_\_. It is time for rural training in family medicine in Brazil! **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 13, n.40, p. 1-4, jan./dez., 2018b.
- ALMEIDA, P. F. et al. Coordenação do cuidado e atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, no. Spe 1, p. 244-260, set. 2018c.
- ANDO, N. M. et al. Declaração de Brasília “o conceito de rural e o cuidado à saúde”. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Brasília, v. 6, n. 19, p. 142-144, jun. 2011.
- ARAÚJO, J.; Ramos, E.; Lopes C. Lifestyles and self-rated health, in Portuguese elderly from rural and urban areas. **Acta Medica Portuguesa**, Lisboa v. 24, n.2 (supl.), p. 79-88, dez. 2011.
- BERNARDES, C. R. S.; BERNARDES R. S.; GÜNTHER, W. M. R. Proposta de índice de salubridade ambiental domiciliar para comunidades rurais: aspectos conceituais e metodológicos. **Engenharia Sanitária e Ambiental**, Rio de Janeiro, v.23, n.4, P. 697-706 jul./ago. 2018.

BORGHI, C. M. S. O.; OLIVEIRA, R. M.; SEVALHO, G. Determinação ou determinantes sociais da saúde: texto e contexto na América Latina. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 869-897, set./dez. 2018.

BORTOLOTTO C. C.; LORET C. M.; TOVO-RODRIGUES L. **Qualidade de vida em adultos de zona rural no Sul do Brasil: estudo de base populacional**. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 52, supl., p. 1-4s, jan./jun. 2018.

BÓS et al. Diferenças no perfil socioeconômico e de saúde de idosos no meio rural e urbano: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, Brasília, v. 12, n.3, p. 148-153, abr./jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **SI-PNI: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020a. Disponível em: <http://pni.datasus.gov.br/>. Acesso em: 20 mar. 2020.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Departamento de Informática do SUS. **SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=29878153>. Acesso em: 20 mar. 2020.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Gabinete do Ministro. **Política Nacional de Atenção Básica 2017**. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Portaria nº 2.311, de 23 de outubro de 2014. Altera a Portaria nº 2.866/GM/MS, de 2 de dezembro de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF)**. Diário Oficial da União, Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. Portaria nº 1.823/GM, de 23 de agosto de 2012. **Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção Básica. **2ª Lista de Certificação do 3º ciclo do PMAQ-AB (por equipe)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019a.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Cadernos de Atenção Básica**. Saúde Mental. Número 34. Brasília: Ministério da Saúde. 2013a.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Nota Técnica. **Informações sobre as ações e programas do Departamento de Atenção Básica**. Município: Novo Oriente-CE. Brasília: Ministério da Saúde, 2019b.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b, 52p.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e combate à fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. **Escala Brasileira de Insegurança Alimentar – EBIA: análise psicométrica de uma dimensão da Segurança Alimentar e Nutricional**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e combate à fome, 2014b.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A. Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-87, abr. 2007.

BUSSAB, W. O.; MORETTIN, P. A. **Bioestatística Básica**. 9ª edição, São Paulo: Editora Saraiva, 2020.

CARNEIRO, F. F.; PESSOA, V. M.; TEIXEIRA, A. C. A. **Campo, floresta e águas: práticas e saberes em saúde**. Brasília, DF: UnB; 2017.

CASTRO, et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **Health Policy**, Washington, v. 394, n.27 p. 345-356, jul. 2019.

COSTA NETO, M. C.; DIMENSTEIN M. Cuidado Psicossocial em Saúde Mental em Contextos Rurais. **Temas em Psicologia**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 1053-1064, dez. 2017.

DANTAS, C. M. B. et al. Território e determinação social da saúde mental em contextos rurais: cuidado integral às populações do campo. **Athenea Digital**, Barcelona, v. 20, n.1, p. 1-21, jan./mar. 2020.

ESPÉRON, J. M. T. Pesquisa quantitativa na ciência da enfermagem. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n.1, p. 1-2, jan./mar. 2017.

FAN, L., et al. Self-reported cancer screening among elderly Medicare beneficiaries: a rural-urban comparison. **The Journal of Rural Health**, Washington, v. 28, n.3, p. 312-319, abr. 2012.

FELISBINO-MENDES, M. S. et al. Avaliação dos fatores de risco cardiovasculares em uma população rural brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n.6, p. 1183-1194, abr. 2014.

FIORATI, R. C.; ARCÊNCIO, R. A.; SOUZA, L. B. As iniquidades sociais e o acesso à saúde. desafios para a sociedade, desafios para a enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, n. 2687e, p. 1-8, 2016.

FREITAS JUNIOR I. F. **Padronização de medidas antropométricas e avaliação da composição corporal**. São Paulo: CREFEF4. 2018.

GAINO, L. V. et al. O conceito de saúde mental para profissionais de saúde: um estudo transversal e qualitativo. **Revista Eletrônica Saúde Mental, Álcool Drogas**, Ribeirão Preto, v. 14, n.1, p. 108-116, abr./jun. 2018.

GAMA, J.R.A. A reforma psiquiátrica e seus críticos: considerações sobre a noção de doença mental e seus efeitos assistenciais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n.4, p. 1397-1417, 2012.

GASPARINI, M. F. V.; FURTADO, J. P. Longitudinalidade e integralidade no Programa Mais Médicos: um estudo avaliativo. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 30-42, mar. 2019.

GERHARDT, T. E.; LOPES, M. J. M. Pensar o rural e a saúde: elementos teóricos e metodológicos. In: GERHARDT, T. E.; LOPES, M. J. M. **O rural e a saúde**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2015, p. 7-23.

GONÇALVES, A. M. C. Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 67, n.2, p. 101-9, jan./jun., 2018.

GUIRADO, G. M. P.; PEREIRA, N. M. P. Uso do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) para determinação dos sintomas físicos e psicoemocionais em funcionários de uma indústria metalúrgica do Vale do Paraíba/SP. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p. 92-98, jan./mar. 2016.

HIRSCHMANN, R.; GOMES, A. P.; GONCALVES, H. Sintomatologia depressiva entre moradores da zona rural de uma cidade no Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, supl. 1, p. 1-11s, jan./jun. 2018.

IBGE. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Censo demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011, 261p. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em 1 jun. 2019.

\_\_\_\_\_. Coordenação de Geografia. **Censo Agropecuário de 2017**. Brasília: IBGE, 2018. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/pesquisa/censo-agropecuario/censo-agropecuario-2017>. Acesso em 15 set. 2019.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação**. Rio de Janeiro: IBGE, 2017, 84p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv100643.pdf>. Acesso em: 1 ago. 2019.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional de Saúde**. Rio de Janeiro: IBGE, 2013, 181p. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>. Acesso em: 7 set. 2019.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional de Saúde**. Rio de Janeiro: IBGE, 2019, 181p. Disponível Em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=o-que-e>. Acesso em: 5 mar. 2021.

JAEGER, G. P.; MOLA, C. L.; SILVEIRA, M. F. Transtornos relacionados ao uso de álcool e fatores associados em zona rural do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, supl. 1, p. 1-8s, jan./jun. 2018.

JUNQUEIRA, F. M. et al. A pesquisa brasileira em contextos rurais: instrumento de justiça social. In: SAVASSI, L. C. et al. **Saúde no caminho da roça**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018, p. 97-110.

KERR, L. et al . COVID-19 no Nordeste brasileiro: sucessos e limitações nas respostas dos governos dos estados. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 25, supl. 2, p. 4099-4120, out. 2020.

KESSLER et al Morbidities of the rural population and the use of health services. **Revista de Enfermagem da UFPI**, Teresina, v. 5, n.3, p. 24-29, jul./set. 2016.



LEITE, J. F. et al. Condições de vida, saúde mental e gênero em contextos rurais: um estudo a partir de assentamentos de reforma agrária do Nordeste brasileiro: uma revisão sistemática. **Avances en Psicología Latinoamericana**, Bogotá, v. 35, n.2, p. 301-316, abr./jun. 2017.

LIMA, M. C. et al. O fazer rural. In: SAVASSI, L. C. et al. **Saúde no caminho da roça**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. p. 31-65.

MAMORO, E.T. et al. Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 839-849, abr. 2012.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, spe 1, p. 18-37, set. 2018.

MARQUES, L. P. et al. Uma agenda para a saúde rural. In: SAVASSI, L. C. M. et al. **Saúde no caminho da roça**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. p. 141-150.

MARTINS-SILVA, T. et al. Obesidade geral e abdominal em adultos residentes em zona rural no Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, supl. 1, p.1-7s, jan./jun. 2018.

MOREIRA, et al. A saúde dos trabalhadores da atividade rural no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n.8, p. 1698-1708, ago. 2015.

NERI, E. L.; GARCIA, L. G. Atrizes da roça ou trabalhadoras rurais? O teatro e a fachada para obtenção da aposentadoria especial rural. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 32, n. 3, p. 701-724, dec. 2017.

NEVES, et al. Tendência temporal da cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil, regiões e Unidades da Federação, 2006-2016. **Epidemiologia e serviços de saúde**, Brasília, v. 27, n. 3, p. 1-8, jul./set. 2018.

OLIVEIRA, T. M. V. Amostragem não-probabilística: adequação de situações para uso e limitações de amostras por conveniência, julgamento e quotas. **Administração online**, v. 2, n. 3, p. 1-15, jul./set. 2001.

PARREIRA, B. D. M. **Saúde Mental e reprodutiva de mulheres em área rural de Uberaba - Minas Gerais**. 2016. 156 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

PASTÓRIO, I. T.; ROESLER R. M. V. B.; PLEIN C. Condições de trabalho e saúde mental do/a trabalhador/a rural: desafios e perspectivas no desenvolvimento rural. **Revista Geopantanal**, Cuiabá, v. 13, n. 24, p. 129-146, jan./jun. 2018.

PENA, P. G. L.; GOMEZ C. M. Saúde dos pescadores artesanais e desafios para a Vigilância em Saúde do Trabalhador. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4689-4698, dez. 2014.

PEREIRA NETO, E. F.; RAMOS, M. Z.; SILVEIRA, E. M. C. Configurações familiares e implicações para o trabalho em saúde da criança em nível hospitalar. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 961-979, jul./set. 2016.

PESSOA, V. M.; ALMEIDA M. M.; CARNEIRO, F. F. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil? **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 42, no. Spe 1, p. 302-314, set. 2018.

PESSOA, V. M. et al. Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2253-2262, ago. 2013.

PICHELLE, A. A. W. S. **Saúde mental masculina: prevalência e vulnerabilidade aos transtornos mentais comuns nos contextos rural e urbano**. 2017. 327p. Tese (Doutorado em Psicologia Social) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2017.

PISAT. Centro Colaborador de Vigilância dos Agravos de Saúde do Trabalhador. Boletim Epidemiológico. **Transtornos mentais relacionados ao trabalho no Brasil, 2016-2017**. Salvador: Programa Integrado em Saúde Ambiental e do Trabalhador, 2019.

PNUD; IPEA; FJP. **Atlas do desenvolvimento humano no Brasil** [Online]. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/home>. Acesso em: 16 nov. 2019.

RÊGO, et al. Vigilância em saúde do trabalhador da pesca artesanal na Baía de Todos os Santos: da invisibilidade à proposição de políticas públicas para o Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 43, n.1e, p.1-9, jan./dez. 2018.

ROLIM, L. B. et al. Evaluation of primary health care attributes of Fortaleza city, Ceara state, Brazil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, n. 1, p. 19-26, feb. 2019.

ROTOLI, A. et al. Saúde mental na atenção primária: desafios para a resolutividade das ações. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, mar. 2019.

SAMPAIO, C. A. P. et al . Análise técnica de água de fontes rurais. **Engenharia Sanitária e Ambiental**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 2, p. 213-217, apr. 2019 .

SANTOS, W. S. et al. Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT): explorando seus parâmetros psicométricos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 3, p. 117-123, jul./set. 2012.

SANTOS, J. L. G. et al . Integração entre dados quantitativos e qualitativos em uma pesquisa de métodos mistos. **Texto contexto - enfermagem**, Florianópolis , v. 26, n. 3, jul./set. 2017.

SAVASSI, L. C. et al. Apresentação. In: SAVASSI, L. C. et al. **Saúde no caminho da roça**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. p. 11-30.

SBC. Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial. **7ª diretriz brasileira de hipertensão arterial**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 84, supl. 1, p. 1-28, abr. 2006.

SBC. Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial. **I Diretrizes Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 10, n. 3, supl. 3, p. 1-103, set. 2016.

SBD. Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018**. São Paulo: Clannad, 2017.

SILVA, I. C. M. et al. Mensuração de desigualdades sociais em saúde: conceitos e abordagens metodológicas no contexto brasileiro. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 27, n.1, p. 1-12, jan./mar. 2018.

SKAPINAKIS, P. et al. Prevalence and sociodemographic associations of common mental disorders in a nationally representative sample of the general population of Greece. **BMC Psychiatry, Grécia**, v.163, n.13, p. 1-14, 2013.

SOUZA, S. et al. Uma revisão narrativa associando a vulnerabilidade à saúde e os fatores ambientais de trabalhadores rurais. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 503-508, out./dez. 2018.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em 3 ago. 2019.

TARGA, L. V. et al. Declaração de Gramado pela Saúde Rural nos países em desenvolvimento. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 32, p. 292-294, jul./set. 2014.

VASCONCELLOS, A. B. P. A.; MOURA, L. B. A. Segurança alimentar e nutricional: uma análise da situação da descentralização de sua política pública nacional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n.2, p. 1-13, abr./jun. 2018.

XAVIER, M. O.; DEL-PONTE, B.; SANTOS, I. S. Epidemiologia do tabagismo em zona rural de um município de médio porte no Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, supl. 1, p. 1- 10s, jan./jun. 2018.

ZANELLO, V.; FIUZA, G. e COSTA, H. S. Saúde mental e gênero: facetas gendradas do sofrimento psíquico. **Fractal: Revista de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 23, n.3, p. 238-26, jul./set. 2015.

## APÊNDICE A- PROTOCOLO DE BIOSEGURANÇA COVID-19

### PRODUÇÃO DE INDICADORES PARA AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE VIDA DAS FAMÍLIAS E ACESSO AOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM TERRITÓRIOS DO LITORAL E DO SERTÃO DO CEARÁ E DO RIO GRANDE DO NORTE.

**Autores:**

Vanira Matos Pessoa<sup>1</sup>

Luis Lopes Sombra Neto<sup>2</sup>

Roberto Wagner Júnior Freire de Freitas<sup>1</sup>

#### **Caro(a) pesquisador(a) de campo.**

A coordenação da pesquisa “Produção de indicadores para avaliação das condições de vida das famílias e acesso aos serviços de atenção primária em territórios do litoral e do sertão do Ceará e do Rio Grande do Norte”, reconhecendo que está em curso a pandemia pelo coronavírus, que causa a Covid 19 no Ceará, e que ainda não há vacina e elaborou um protocolo de biossegurança a ser adotada na pesquisa de campo do projeto.

Este protocolo de biossegurança, visa a proteção e promoção da saúde dos pesquisadores de campo e dos trabalhadores e trabalhadoras, que participarão voluntariamente da pesquisa, considerando a pandemia pelo coronavírus.

Reiteramos a obrigatoriedade de realização de todas as orientações descritas neste protocolo. Estas medidas são essenciais para garantir a segurança de todos os envolvidos.

#### **PROTOCOLO DE BIOSEGURANÇA COVID-19**

- 1) Realizar desinfecção de todos instrumentos de contato do pesquisador e/ou do entrevistado com álcool 70% (borrificador e pano) após cada entrevista;
- 2) Realizar lavagem frequente das mãos com sabonete líquido (caso local com pia e água) e antissepsia com álcool gel a 70%;
- 3) Utilizar equipamento de proteção individual (EPI): máscara, gorro e avental;
- 4) Evitar contato das mãos com região do rosto;
- 5) Lembrar de descartar material de proteção individual após cada turno de pesquisa nos lixos apropriados;

- 6) Evitar aglomerações dos entrevistados, organizando distanciamento mínimo de 1 metro entre os participantes;
- 7) Proporcionar boa ventilação do local, mantendo portas e janelas abertas;
- 8) Garantir que todos os indivíduos presentes no ambiente de coleta estejam utilizando máscara;
- 9) Oferecer higienização da mão com álcool em gel para os entrevistados antes de iniciar a pesquisa ou durante entrevista, caso necessário;
- 10) Iniciar entrevista perguntando sobre sintomas respiratórios nos últimos dias: tosse persistente, febre, dor na garganta ou falta de ar;

**Critério de exclusão: Sim para algum desses sintomas com menos de 7 dias (orientá-lo procurar atendimento médico em posto de saúde mais próximo)**

- 11) Aferir Temperatura;

**Critério de exclusão: temperatura => 37,8°C (orientá-lo procurar atendimento médico em posto de saúde mais próximo).**

- 12) Iniciar as perguntas do formulário e sempre observar as medidas de proteção do pesquisador e do entrevistado;
- 13) Para aferição de parâmetros físicos, realizar lavagem das mãos e colocar o face shield e luvas;
- 14) Em caso de pesquisador apresentar algum sintoma respiratório, este deve manter-se em isolamento até avaliação médica ou de enfermagem que recomende retorno as atividades;
- 15) Ao chegar em casa, aplicar álcool gel a 70% antes de entrar;

**Colocar toda roupa para lavar.**

**O sapato deve ficar em área isolada dos demais sapatos, higienizá-lo, com hipoclorito de sódio diluído e procurar usar sempre o mesmo.**

- 16) O banho deverá contemplar os cabelos e ser abundante em água e sabão, na higiene das unhas;
- 17) Após o banho, certifique-se de limpar o próprio álcool gel, todas as maçanetas e locais tocados e a área de entrada da casa.

**BOA PESQUISA**

## APÊNDICE B- FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS QUANTITATIVOS



### FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS



#### BIOSEGURANÇA COVID-19:

**Sintomas respiratórios?** 1. Sim 2. Não

**Temperatura (°C):** \_\_\_\_\_

\* Caso a temperatura esteja  $\geq 37,8$  °C: Não prosseguir (Orientar procurar serviço de saúde)

**Data de aplicação:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Entrevistador (nome):** \_\_\_\_\_ **Código do entrevistador:** \_\_\_\_\_

**Número do formulário** \_\_\_\_\_

**Município:** 1. Apodi - RN 2. Fortim - CE 3. Icapuí - CE 4. Novo Oriente - CE

### 1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DO INDIVÍDUO

**1.1 Qual o seu nome completo?** \_\_\_\_\_

Obs: Caso haja necessidade, explicar (de forma simplificada) para o entrevistado os conceitos a seguir antes de fazer a próxima pergunta.

1. Agricultura familiar: Pequena produção de vegetais e/ou animais, realizado por meio de mão de obra familiar, para consumo próprio e/ou comercialização.

2. Pesca artesanal: é aquela praticada por pescador profissional, de forma autônoma ou em regime de economia familiar, com meios de produção próprios ou mediante contrato de parceria, desembarcado ou podendo utilizar embarcações com Arqueação Bruta menor ou igual a 20 e engloba também os trabalhos de confecção e de reparos de artes e petrechos de pesca, os reparos realizados em embarcações de pequeno porte e o processamento do produto da pesca artesanal.

**1.2 Em que você trabalha atualmente?**

1. Agricultura familiar 2. Pesca artesanal 3. Agricultura familiar e pesca artesanal 4. Agricultura familiar, pesca artesanal e trabalho doméstico 5. Agricultura familiar e trabalho doméstico 6. Pesca artesanal e trabalho doméstico 7. Outras atividades de trabalho: \_\_\_\_\_ (Se for esta a resposta não prosseguir com a entrevista, somente prosseguir se for as alternativas de 1 a 6).

**1.3 Em que comunidade/localidade você mora (endereço completo)?** \_\_\_\_\_

**1.4 Existem associações na sua comunidade?** 1. Sim 2. Não 3. Não sabe

**Se SIM: Qual(is)?** \_\_\_\_\_

**1.5 Você considera que mora em que tipo de zona?** 1. Rural 2. Urbana 3. Não sabe 4. Outra.

**1.6 Qual sua idade (em anos completos)?** \_\_\_\_\_

**1.7 Sexo:** 1. M 2. F

**1.8 Qual a sua situação conjugal?** 1. Solteiro 2. Casado/União estável 3. Divorciado 4. Viúvo

**1.9 Você se considera de qual cor/raça?** 1. Branca (Alvo) 2. Negra 3. Parda (Moreno) 4. Amarela 5. Indígena 6. Sem declaração

**1.10 Qual sua religião?** 1. Católica 2. Evangélica 3. Espírita 4. Candomblé 5. Umbandista 6. Judia 7. Tradição indígena 8. Nenhum 9. Outra.

**1.11 Você tem documento de identificação?** 1. Sim 2. Não.

**Se SIM: Qual(is)?** 1. RG 2. CPF 3. CNH 4. Carteira profissional (CTPS) 5. Certidão de Nascimento

## 2. AVALIAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE

**2.1 Você conhece o Sistema Único de Saúde (SUS)?** 1. Sim 2. Não

**2.2 Você conhece a Estratégia Saúde da Família (ESF)?** 1. Sim 2. Não

**2.3 De maneira geral como você avalia o serviço de saúde pública do seu município?**

1. Não sabe 2. Regular 3. Ruim 4. Muito Ruim 5. Bom 6. Ótimo

**2.4 De maneira geral como você avalia o seu posto de saúde?**

1. Não sabe 2. Muito Ruim 3. Ruim 4. Regular 5. Bom 6. Ótimo

**2.5 Como você avalia o seu posto de saúde em relação aos seguintes itens:**

**2.5.1 Acesso - Como é para conseguir consulta médica?**

1. Não sabe 2. Muito Ruim 3. Ruim 4. Regular 5. Bom 6. Ótimo

**2.5.2 Acolhimento - Como você é recebido no posto?**

1. Não sabe 2. Muito Ruim 3. Ruim 4. Regular 5. Bom 6. Ótimo

**2.5.3 Como é o atendimento dos profissionais da equipe: recepção, sala de vacina, farmácia, médico, enfermeiro, dentista) todos os profissionais no geral?**

1. Não sabe 2. Muito Ruim 3. Ruim 4. Regular 5. Bom 6. Ótimo

**2.5.4 Acesso - Como é para conseguir pegar medicamentos (remédios)?**

1. Não sabe 2. Muito Ruim 3. Ruim 4. Regular 5. Bom 6. Ótimo

**2.5.5 Como é a estrutura física do posto?**

1. Não sabe 2. Muito Ruim 3. Ruim 4. Regular 5. Bom 6. Ótimo

**2.5.6 Como é a organização do serviço no posto?**

1. Não sabe 2. Muito Ruim 3. Ruim 4. Regular 5. Bom 6. Ótimo

**2.5.7 Como é a qualidade do atendimento dos profissionais?**

1. Não sabe 2. Muito Ruim 3. Ruim 4. Regular 5. Bom 6. Ótimo

**2.5.8 Como é a estrada que dá acesso ao posto de saúde que você vai?**

1. Não sabe 2. Muito Ruim 3. Ruim 4. Regular 5. Bom 6. Ótimo

**2.5.9 Como é o tempo de espera no dia da consulta para atendimento médico no posto de saúde?**

1. Não sabe 2. Muito Ruim 3. Ruim 4. Regular 5. Bom 6. Ótimo

**2.5.10 Como é o horário de funcionamento da unidade/posto de saúde?**

1. Não sabe 2. Muito Ruim 3. Ruim 4. Regular 5. Bom 6. Ótimo

**2.5.11 Como é para agendar/marcar consultas?**

1. Não sabe 2. Muito Ruim 3. Ruim 4. Regular 5. Bom 6. Ótimo

**2.6 Falta profissionais de saúde no posto de saúde?** 1. Sim 2. Não 3. Não Sabe

**Se SIM: Qual(is)?** 1. Médico 2. Enfermeiro 3. Dentista 4. Agente comunitário de saúde  
5. Agente de Combate às Endemias 6. Auxiliar de saúde bucal 7. Técnico de Enfermagem

**2.7 A sua casa está cadastrada na unidade de saúde da família?** 1. Sim 2. Não 3. Não sabe**2.8 Nos últimos 12 meses, quantas vezes a sua casa recebeu visita de algum dos seguintes profissionais de saúde?**

**2.8.1 Agente comunitário de saúde** 1. Todo mês 2. A cada 2 meses 3. A cada 4 meses  
4. Duas vezes ao ano 5. Uma vez ao ano 6. Nunca recebeu 7. Não sabe

**2.8.2 Agente de combate a endemias** 1. Todo mês 2. A cada 2 meses 3. A cada 4 meses  
4. Duas vezes ao ano 5. Uma vez ao ano 6. Nunca recebeu 7. Não sabe

**2.8.3 Auxiliar de saúde bucal** 1. Todo mês 2. A cada 2 meses 3. A cada 4 meses  
4. Duas vezes ao ano 5. Uma vez ao ano 6. Nunca recebeu 7. Não sabe

**2.8.4 Enfermeiro** 1. Todo mês 2. A cada 2 meses 3. A cada 4 meses 4. Duas vezes ao ano  
5. Uma vez ao ano 6. Nunca recebeu 7. Não sabe

**2.8.5 Dentista** 1. Todo mês 2. A cada 2 meses 3. A cada 4 meses 4. Duas vezes ao ano  
5. Uma vez ao ano 6. Nunca recebeu 7. Não sabe

**2.8.6 Médico** 1. Todo mês 2. A cada 2 meses 3. A cada 4 meses 4. Duas vezes ao ano  
5. Uma vez ao ano 6. Nunca recebeu 7. Não sabe

**2.8.7 Técnico de enfermagem** 1. Todo mês 2. A cada 2 meses 3. A cada 4 meses  
4. Duas vezes ao ano 5. Uma vez ao ano 6. Nunca recebeu 7. Não sabe



**2.9 Qual profissional da equipe de saúde da família você considera mais necessário para sua comunidade?** 1. Médico 2. Enfermeiro 3. Técnico de Enfermagem 4. Dentista 5. Auxiliar de saúde bucal 6. Agente comunitário de saúde 7. Agente combate de endemias

**2.10 Qual profissional da equipe de saúde da família, você considera que mais resolve os problemas da sua comunidade?** 1. Médico 2. Enfermeiro 3. Técnico de Enfermagem 4. Dentista 5. Auxiliar de saúde bucal 6. Agente comunitário de saúde 7. Agente combate de endemias

**2.11 Quando alguém da casa fica doente para onde vocês vão?** 1. Posto de saúde 2. Unidade de Pronto Atendimento - UPA 3. Hospital 4. Curandeiro/rezadeira 5. Centro religioso 6. Policlínica 7. Outro: \_\_\_\_\_

**2.12 O posto de saúde mais próximo fica a que distância da sua casa?** \_\_\_\_\_ km

**2.13 Qual(is) destes serviços de saúde existem no seu município?** 1. Posto de saúde 2. Unidade de Pronto Atendimento - UPA 3. Hospital 4. Policlínica 5. Centro de Atendimento Psicossocial – CAPS

**2.14 Qual destes serviços de saúde sua família mais utiliza?** 1. Posto de saúde 2. Unidade de Pronto Atendimento - UPA 3. Hospital 4. Policlínica 5. Centro de Atendimento Psicossocial – CAPS

**2.15 Qual(is) desses serviços sua família já utilizou no posto de saúde?**

**2.15.1 Atendimento médico** 1. Sim 2. Não 3. Não sabe

**2.15.2 Atendimento de enfermagem** 1. Sim 2. Não 3. Não sabe

**2.15.3 Atendimento de dentista** 1. Sim 2. Não 3. Não sabe

**2.15.4 Vacinação** 1. Sim 2. Não 3. Não sabe

**2.15.5 Curativo** 1. Sim 2. Não 3. Não sabe

**2.15.6 Medicamentos (recebeu remédios)** 1. Sim 2. Não 3. Não sabe

**2.15.7 Aferição de pressão (medir/tirar)** 1. Sim 2. Não 3. Não sabe

**2.15.8 Teste de glicemia (teste de diabetes)** 1. Sim 2. Não 3. Não sabe

**2.15.9 Outro** 1. Sim 2. Não 3. Não sabe Que outro serviço? \_\_\_\_\_

**2.16 Onde foi o melhor atendimento de saúde que você já teve?** 1. Em casa, visita domiciliar de equipe de saúde da família 2. Posto de saúde 3. Hospital público 4. Hospital privado 5. Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 6. Clínica ou consultório privado 7. Outros: \_\_\_\_\_

**2.17 Você vai ao posto de saúde por causa dos seus problemas de saúde?** 1. Sim 2. Não

**2.17.1 Se NÃO:** Qual o principal motivo de não visitar o posto de saúde? \_\_\_\_\_

### 3. CARACTERIZACAO DAS CONDICÖES DE VIDA, DO AMBIENTE, DA PRODUÇÃO E DA FAMÍLIA

**3.1 Qual a distância da sua casa/moradia até a sede do município (em Km)?** \_\_\_\_\_

**3.2 Desde que ano sua família mora nesta casa?** \_\_\_\_\_

**3.3 Qual o tipo de casa em que a sua família mora?** 1. Casa de alvenaria/tijolo 2. Casa de taipa 3. Casa de palha 4. Barraca de lona 5. Outro: \_\_\_\_\_

**3.4 Qual a condição da casa que a sua família mora?** 1. Própria - quitado 2. Própria - ainda pagando 3. cedida por empregador 4. Ocupada/invadida 5. Alugada 6. Outro:

\_\_\_\_\_

**3.5 Na sua casa tem energia elétrica?** 1. Sim 2. Não

**3.6 O que a sua família usa para cozinhar os alimentos?** 1. Lenha 2. Gás 3. Carvão 4. Lenha e gás  
5. Outros: \_\_\_\_\_

**3.7 Na sua casa tem banheiro?** 1. Sim 2. Não **3.7.1 Se SIM: Quantos?** \_\_\_\_\_

**3.8 Quantas pessoas moram na sua casa?** \_\_\_\_\_

**3.9 Solicitar as informações sobre as pessoas que moram na casa atualmente:**

Nome	Sexo	Idade (em anos completos)	Parentesco	Escolaridade	Ocupação (tipo de trabalho)	Frequenta escola

**3.10 Quantas pessoas dormem por cômodo (quartos/alcova/sala) em sua casa?** 1. De 1 a 2 pessoas  
2. De 2 a 3 pessoas 3. 4 pessoas ou mais

**3.11 Quais fontes de água para beber são utilizadas por sua família?** 1. Cisterna de placa 2. Cacimba  
3. Poço artesiano 4. Rio 5. Açude 6. Carro pipa 6. Sisar/Cagece 7. Outros:

\_\_\_\_\_

**3.12 A sua família tem água encanada dentro de casa?** 1. Sim 2. Não

**3.12.1 Se NÃO: Quem vai buscar água?** 1. Mulher 2. Homem 3. Crianças 4. Mulheres e Crianças  
5. Idoso 6. Adolescentes

**3.13 Você sabe a quantidade (aproximada) de água, em litros, que se consome por dia na sua casa?**  
1. Sim 2. Não

**3.13.1 Se SIM, qual a quantidade (aproximada) de água, em litros, que se consome por dia na sua casa?** \_\_\_\_\_l

**3.14 Como você avalia a qualidade da água de beber da sua família?** 1. Ótima 2. Boa 3. Ruim  
4. Muito ruim 5. Não sabe

**3.15 Você acha que a água de beber da família tem contaminação (germes, produtos químicos)?**  
1. Sim 2. Não 3. Não sabe **3.15.1 Se SIM: Por quê?** \_\_\_\_\_

**3.16 Dos itens a seguir, quais estão sendo utilizados pela sua família?** 1. Filtro 2. Pia de cozinha  
3. Tanque de lavar roupa 4. Vaso sanitário com descarga

**3.17 Qual o destino das fezes da família?** 1. Fossa 2. Mato/Quintal 3. Não sabe 4. Outros

\_\_\_\_\_

**3.18 Como sua família trata a água de beber?** 1. Filtrada e fervida 2. Apenas filtrada 3. Apenas fervida 4. Tratada com cloro 5. Clorada e fervida 6. Clorada e filtrada 7. Não sabe 8. Não trata 9. Já é tratada (Mineral ou adicionada de sais) 10. Outros: \_\_\_\_\_

**3.19 Costuma faltar água na sua casa?** 1. Sim 2. Não 3. Não sabe

**3.19.1 Se SIM:** Quantas vezes por mês? \_\_\_\_\_

**3.20 A sua família costuma armazenar água?** 1. Sim 2. Não 3. Não sabe

**3.20.1 Se SIM:** Onde armazena? \_\_\_\_\_

**3.21 Algum membro da sua família já adoeceu por causa da água?** 1. Sim 2. Não

**3.21.1 Se SIM:** Qual a doença? \_\_\_\_\_

**3.22 Existe, na sua comunidade, algum problema ambiental que afete ou afetou a vida da sua família?**

1. Sim 2. Não 3. Não sabe

**3.22.1 Se SIM:** Qual(is) problemas? \_\_\_\_\_ **3.22.2 Há quanto tempo?**

\_\_\_\_\_

**3.23 Você gosta do lugar onde mora?** 1. Sim 2. Não 3. Não sabe

**3.23.1 Se NÃO, Por quê?** \_\_\_\_\_

**3.24 A sua família cria animais domésticos?** 1. Sim 2. Não 3. Não sabe

**3.24.1 Se SIM:** Quais? \_\_\_\_\_

**3.25 Os cães e gatos foram vacinados?** 1. Sim 2. Não 3. Não sabe

**3.26 Na sua casa já foi encontrado barbeiro (bicudo)?** 1. Sim 2. Não 3. Não sabe

**3.27 Na sua casa já foi encontrado mosquito da dengue?** 1. Sim 2. Não 3. Não sabe

**3.28 A sua família faz uso de plantas medicinais?** 1. Sim 2. Não 3. Não sabe

**3.28.1 Se SIM:** Qual(is)? \_\_\_\_\_

**3.29 Existem escolas na sua comunidade?** 1. Sim 2. Não 3. Não sabe

**3.29.1 Se SIM:** Até que ano (série) a escola ensina? \_\_\_\_\_

**3.30 Existem creches para crianças de até 3 anos?** 1. Sim 2. Não 3. Não sabe

**3.31 Qual a distância da sua casa para a escola/creche?** \_\_\_\_\_ km

**3.32 Existe transporte escolar?** 1. Sim 2. Não 3. Não sabe

**3.32.1 Se SIM, qual o tipo de transporte?** 1. Ônibus escolar 2. Van 3. Pau de Arara/carro de horário 4. Motocicleta 5. Não sabe 6. Outro: \_\_\_\_\_

**3.32.2 Se NÃO, Qual o transporte escolar usado?** 1. A pé 2. Animal 3. Bicicleta 4. Motocicleta  
5. Carro/automóvel 6. Ônibus 7. Lotação/Topique 8. Caminhoneta/Pau de arara 9. Não sabe 10. Outro: \_\_\_\_\_

**3.33 Que tipos de transportes existem na sua localidade?** 1. Ônibus 2. Lotação/Topique  
3. Motocicleta 4. Carro alugado/táxi 5. Caminhoneta/pau de arara 6. Tração animal 7. Bicicleta 8. Automóvel  
9. Não sabe 10. Outros: \_\_\_\_\_

**3.34 Sua família possui transporte próprio?** 1. Sim 2. Não

**3.34.1 Se SIM, qual transporte?** 1. Tração animal 2. Automóvel 3. motocicleta 4. Bicicleta 5. Outros: \_\_\_\_\_

**3.35 Qual(is) transportes sua família utiliza para chegar ao posto de saúde?**

1. Ônibus Lotação/Topique 3. Motocicleta 4. Carro alugado/táxi 5. Caminhoneta/pau de arara  
6. Tração animal 7. Bicicleta 8. Automóvel 9. Não sabe 10. Outros: \_\_\_\_\_

**3.36 Existem opções de divertimento/lazer onde você mora ou próximo?** 1. Sim 2. Não

**3.36.1 Se SIM: Quais pontos de divertimento/lazer existem na sua comunidade?**  
\_\_\_\_\_

**3.37 Nos últimos 6 meses você esteve envolvido em algum programa público de exercício físico?**

1. Sim 2. Não

**3.38 Qual(is) a(s) forma(s) de lazer da família dos membros da sua família que estão nas seguintes fases da vida:**

**3.38.1 Crianças** 1. Rio/Açudes 2. Mar 3. Televisão 4. Rádio 5. Computador 6. Celular  
7. Atividades em casa 8. Centro religioso 9. Pracinhas 10. Esportes 11. Internet (redes sociais, facebook, youtube) 12. Outros

**3.38.2 Adolescentes** 1. Rio/Açudes 2. Mar 3. Televisão 4. Rádio 5. Computador 6. Celular  
7. Atividades em casa 8. Centro religioso 9. Pracinhas 10. Esportes 11. Internet (redes sociais, facebook, youtube) 12. Outros

**3.38.3 Adultos homens** 1. Rio/Açudes 2. Mar 3. Televisão 4. Rádio 5. Computador  
6. Celular 7. Atividades em casa 8. Centro religioso 9. Pracinhas 10. Esportes 11. Internet (redes sociais, facebook, youtube) 12. Outros

**3.38.4 Adultas mulheres** 1. Rio/Açudes 2. Mar 3. Televisão 4. Rádio 5. Computador  
6. Celular 7. Atividades em casa 8. Centro religioso 9. Pracinhas 10. Esportes 11. Internet (redes sociais, facebook, youtube) 12. Outros

**3.38.5 Idosos** 1. Rio/Açudes 2. Mar 3. Televisão 4. Rádio 5. Computador 6. Celular  
7. Atividades em casa 8. Centro religioso 9. Pracinhas 10. Esportes 11. Internet (redes sociais, facebook, youtube) 12. Outros

**3.39 Quais as fontes de renda da família atualmente?** 1. Agricultura familiar 2. Pesca artesanal 3. Criação de animais 4. Benefício do governo 5. Outros: \_\_\_\_\_

**3.39.1 Caso a família receba benefício do governo, qual o tipo de benefício:**

Recebe Benefício de Prestação Continuada? 1. Sim - Valor mensal bpc (em reais) \_\_\_\_\_ 2. Não 3. Não sabe

Aposentadoria 1. Sim - Valor mensal aposentadoria (em reais) \_\_\_\_\_ 2. Não 3. Não sabe

Bolsa família 1. Sim - Valor mensal bolsa família (em reais) \_\_\_\_\_ 2. Não 3. Não sabe

Seguro Safra 1. Sim - Valor seguro safra (em reais) \_\_\_\_\_ 2. Não 3. Não sabe

Seguro defeso 1. Sim - Valor seguro defeso (em reais) \_\_\_\_\_ 2. Não 3. Não sabe

Outros 1. Sim - Valor outro benefício (em reais) \_\_\_\_\_ 2. Não 3. Não sabe

**3.40 O que a sua família pesca ou planta utilizado para quê?** 1. Consumo da família 2. Venda 3. Consumo da família e venda 4. Outro: \_\_\_\_\_

**Se VENDE, para quem ou onde você vende?** 1. Feiras/Comerciantes locais 2. Cooperativas e associações 3. Prefeitura – Programa de Alimentação Escolar (PAA) 4. Empresas alimentícias de pequeno porte /restaurantes 5. Outros: \_\_\_\_\_

**3.41 Como sua família identifica o seu trabalho e seus produtos de pesca e da agricultura?**

1. Trabalho e produção individual 2. Regime de economia familiar 3. Regime de parceria 4. Produção coletiva e associativa 5. Outros: \_\_\_\_\_

**3.41 A sua família cria animais (ovelhas, gado, galinhas, etc.)?** 1. Sim 2. Não

**3.41.1 Se SIM, qual(is) animais?** \_\_\_\_\_

**3.42 Para que sua família cria?** 1. Consumo da família 2. Venda 3. Consumo de família e venda 4. Não sabe

**3.43 Como você avalia a sua produção/trabalho nos últimos 6 meses?** 1. Ruim 2. Regular 3. Boa 4. Ótima

**3.44 O que poderia mudar para melhorar sua produção/trabalho?** \_\_\_\_\_

**3.45 Qual o valor, em dinheiro, recebido mensalmente, em reais, pela família?** \_\_\_\_\_

**3.46 A sua família tem acesso a algum tipo de crédito?** 1. Sim 2. Não

**3.46.1 Se SIM: Qual(is)** 1. PRONAF 2. Financiamento bancário 3. Empréstimo entre amigos 4. Empréstimo familiar 5. Outros créditos: \_\_\_\_\_

**3.47 A sua família gasta com os seguintes itens?**

**3.47.1 Alimentação** 1. Sim 2. Não **3.47.1.1 Se SIM, qual o valor mensal gasto (aproximado) em reais com alimentação?** \_\_\_\_\_

**3.47.2 Saúde – consulta médica, medicamentos** 1. Sim 2. Não **3.47.2.1 Se SIM, qual o valor mensal gasto (aproximado) em reais com saúde?** \_\_\_\_\_

**3.47.3 Energia** 1. Sim 2. Não **3.47.3.1 Se SIM, qual o valor mensal gasto (aproximado) em reais com energia?** \_\_\_\_\_

**3.47.4 Água** 1. Sim 2. Não **3.47.4.1 Se SIM, qual o valor mensal gasto (aproximado) em reais com água?** \_\_\_\_\_

**3.47.5 Escola** 1. Sim 2. Não **3.47.5.1 Se SIM, qual o valor mensal gasto (aproximado) em reais com escola?** \_\_\_\_\_

**3.47.6 Transporte (combustível)** 1. Sim 2. Não **3.47.6.1 Se SIM, qual o valor mensal gasto (aproximado) em reais com transporte?** \_\_\_\_\_

**3.47.7 Moradia** 1. Sim 2. Não **3.47.7.1 Se SIM, qual o valor mensal gasto (aproximado) em reais com moradia?** \_\_\_\_\_

**3.47.8 Outros** 1. Sim 2. Não **3.47.8.1 Se SIM, qual(is) outros(s) gasto(s)?** \_\_\_\_\_ **3.47.8.2 Qual o valor mensal gasto (aproximado) em reais com outro(s) gasto(s)?** \_\_\_\_\_

**3.48 Nos últimos 12 meses, você teve preocupação que a comida na sua casa acabasse antes que o(a) Senhor(a) tivesse condição de comprar, receber ou produzir mais comida?** 1. Sim 2. Não 3. Não sabe **3.48.1 Se SIM, com que frequência isto ocorreu?** 1. Em quase todos os dias 2. Em alguns dias 3. Em apenas 1 ou 2 dias

**3.49 Nos últimos 12 meses o(a) Senhor(a) deixou de comer suas comidas preferidas por falta de produção ou dinheiro suficiente?** 1. Sim 2. Não 3. Não sabe

**3.49.1 Se SIM, qual(is) comida(s) deixou de comer?** \_\_\_\_\_

**3.49.2 Com que frequência isto ocorreu?** 1. Em quase todos os dias 2. Em alguns dias 3. Em apenas 1 ou 2 dias

**3.50 Nos últimos 12 meses você ou outra pessoa que mora em sua casa teve que limitar a variedade de comidas por falta de produção ou dinheiro suficiente?** 1. Sim 2. Não

**3.50.1 Se SIM, com que frequência isto ocorreu?** 1. Em quase todos os dias 2. Em alguns dias 3. Em apenas 1 ou 2 dias

#### 4. HISTÓRICO FAMILIAR DE DOENÇAS

**4.1 Na sua família, alguém teve ou tem algum destes problemas?**

**4.1.1 Acamado (deitado, que não consegue realizar atividades de cuidado sozinho, higiene, alimentação, etc)** 1. Sim 2. Não

**4.1.2 Acidente de moto** 1. Sim 2. Não 3. Não sabe

**4.1.3 Desnutrido** 1. Sim 2. Não 3. Não sabe

**4.1.4 Usuário de drogas (crack, cocaína, maconha)** 1. Sim 2. Não 3. Não sabe

**4.1.5 Deficiente físico** 1. Sim 2. Não 3. Não sabe

**4.1.6 Hipertenso (pressão alta)** 1. Sim 2. Não 3. Não sabe

**4.1.7 Infarto (problema no coração)** 1. Sim 2. Não 3. Não sabe

**4.1.8 Acidente vascular cerebral (derrame)** 1. Sim 2. Não 3. Não sabe

**4.1.9 Diabetes (açúcar no sangue)** 1. Sim 2. Não 3. Não sabe

**4.1.10 Asma (cansaço)** 1. Sim 2. Não 3. Não sabe

**4.1.11 Depressão** 1. Sim 2. Não 3. Não sabe

**4.1.12 Ansiedade** 1. Sim 2. Não 3. Não sabe

**4.1.13 Autismo/ Déficit cognitivo (retardo mental)** 1. Sim 2. Não 3. Não sabe

**4.1.14 Epilepsia (ataque)** 1. Sim 2. Não 3. Não sabe

**4.1.15 Demência/ Alzheimer (velhice/ perda de memória)** 1. Sim 2. Não 3. Não sabe

**4.1.16 Hanseníase (manchas na pele, que não sente dor, que trata por longo tempo)** 1. Sim 2. Não

3. Não sabe

**4.1.17 Tuberculose (catarro, tosse, tísico)** 1. Sim 2. Não 3. Não sabe

- 4.1.18 Neoplasia (câncer) 1. Sim 2. Não 3. Não sabe  
 4.1.19 Refluxo/gastrite 1. Sim 2. Não 3. Não sabe  
 4.1.20 Catapora 1. Sim 2. Não 3. Não sabe  
 4.1.21 Sarampo, caxumba (papeira), rubéola 1. Sim 2. Não 3. Não sabe  
 4.1.22 Dengue 1. Sim 2. Não 3. Não sabe  
 4.1.23 Zika 1. Sim 2. Não 3. Não sabe  
 4.1.24 Chikungunya 1. Sim 2. Não 3. Não sabe  
 4.1.25 Obesidade (gordo, excesso de peso) 1. Sim 2. Não 3. Não sabe  
 4.1.26 Infecção sexualmente transmissível (doenças da vida) 1. Sim 2. Não 3. Não sabe  
 4.1.27 Coronavírus – COVID-19 1. Sim 2. Não 3. Não sabe

4.2 Na sua família, alguém foi internado por algum destes problemas nos últimos cinco anos?

- 4.2.1 Câncer 1. Sim 2. Não  
 4.2.2 Diarreia 1. Sim 2. Não  
 4.2.3 Pneumonia 1. Sim 2. Não  
 4.2.4 Hipertensão 1. Sim 2. Não  
 4.2.5 Problemas cardíacos 1. Sim 2. Não  
 4.2.6 Tuberculose (tísico, tosse com escarro) 1. Sim 2. Não  
 4.2.7 Doença mental (depressão, esquizofrenia) 1. Sim 2. Não  
 4.2.8 Acidente automobilístico (moto, carro) 1. Sim 2. Não  
 4.2.9 Coronavírus – COVID-19 1. Sim 2. Não

4.3 Na sua família, alguém morreu por causa de algum destes problemas nos últimos cinco anos?

- 4.3.1 Câncer 1. Sim 2. Não  
 4.3.2 Diarreia 1. Sim 2. Não  
 4.3.3 Pneumonia 1. Sim 2. Não  
 4.3.4 Hipertensão 1. Sim 2. Não  
 4.3.5 Problemas cardíacos 1. Sim 2. Não  
 4.3.6 Tuberculose (tísico, tosse com escarro) 1. Sim 2. Não  
 4.3.7 Doença mental (depressão, esquizofrenia) 1. Sim 2. Não  
 4.3.8 Acidente automobilístico (moto, carro) 1. Sim 2. Não  
 4.3.9 Coronavírus – COVID-19 1. Sim 2. Não 3. Não sabe

## 5. PRODUÇÃO, TRABALHO E SAÚDE DO INDIVÍDUO

5.1 Que horas você sai para trabalhar? \_\_\_\_\_ h

5.2 Que horas você finaliza o seu trabalho? \_\_\_\_\_ h

5.3 Quantas horas por dia você trabalha? \_\_\_\_\_ h

5.4 Qual a distância que você percorre até o seu trabalho (local onde pesca e/ou local do plantio)? \_\_\_\_\_ m

**VOCÊ É PESCADOR?** 1. Sim 2. Não **Se SIM, responder perguntas 5.5 a 5.15.1**

**5.5 Com que idade você começou a pescar (anos)?** \_\_\_\_\_

**5.6. Há quanto tempo você é pescador(a) (anos)?** \_\_\_\_\_

**5.7 Você possui Carteira de Pescador(a)?** 1.Sim 2.Não

**5.8 Qual é o sistema de pesca utilizado por você e sua família?** 1.Embarcado 2. Desembarcado 3. Outro: \_\_\_\_\_

**5.9 Como sua família consegue material básico de pesca?** 1.Compra 2. Produz 3. Ganha 4. Pega emprestado 5. Outros: \_\_\_\_\_

**5.10 Onde sua família pesca atualmente?** 1. Rio 2. Mar 3. Mangue 4. Açude 5. Lagoa 6. Outros: \_\_\_\_\_

**5.11 O que você utiliza de utensílios para pescar?** 1. Rede 2. Galão 3. Anzol 4. Tarrafa 5. Manzuá 6. Outros: \_\_\_\_\_

**5.12 Na sua atividade de pescaria, é utilizado algum produto químico?** 1. Sim 2. Não  
**Se SIM, Qual(is)?** \_\_\_\_\_

**5.13 Qual tipo de embarcação a sua família utiliza?** 1. Canoa 2. Jangada 3. Barco manual 4. Bote 5. Barco a motor 6. Outro: \_\_\_\_\_

**5.14 De quem é a embarcação utilizada na sua pesca?** 1. Própria 2. Alugada 3. Associação 4. Outro: \_\_\_\_\_

**5.15 Quais tipos de pescados você mais pesca na sua rotina diária?**

Tilápia ( ) Curimatã ( ) Piau ( ) Tucunaré ( ) Ostras ( ) Sururu ( ) Lagosta ( )  
Pargo ( ) Serra ( ) Guaiúba ( ) Sirigado ( ) Biquara ( ) Cioba ( ) Arraia ( )  
Camurupim ( ) Sardinha ( ) Tainha ( ) 18. Outros ( ):  
\_\_\_\_\_

**5.15.1 Qual a quantidade média em quilos (Kg), somando todos os tipos de pescado, que você pesca durante um mês?**

**VOCÊ É AGRICULTOR?** 1. Sim 2. Não **Se SIM, responder perguntas 5.16 a 5.22**

**5.16 Há quanto tempo você é agricultor(a)?** \_\_\_\_\_ anos/meses

**5.17 Com que idade você começou a trabalhar na agricultura?** \_\_\_\_\_

**5.18 Você possui Carteira de Agricultor(a)?** 1. Sim 2. Não

**5.19 O que você planta/cultiva normalmente todos os anos?**

Algodão ( ) Arroz ( ) Feijão ( ) Folhas (cheiro verde, alface, etc) Frutas ( )  
Macaxeira ( ) Milho ( ) Tomate ( ) Pimentão ( ) Outros ( )

**5.19.1 Qual desses itens você cultiva mais?**



Algodão ( )    Arroz ( )    Feijão ( )    Folhas (cheiro verde, alface, etc)    Frutas ( )  
 Macaxeira ( )    Milho ( )    Tomate ( )    Pimentão ( )    Outros ( )

**5.19.2** Quantos quilos (kg) por ano você produz desse principal cultivo? \_\_\_\_\_

**5.19.3** Qual o total geral de hectares você cultiva por ano? \_\_\_\_\_

**5.20** De onde vem a água para a produção destas culturas? 1. Irrigação    2. Cisterna de enxurrada

3. Cacimbão    4. Adutora    5. Outros: \_\_\_\_\_

**5.21** De quem é a terra onde você planta? 1. Própria    2. De familiares    3. Arrendada

4. Outros: \_\_\_\_\_

**5.22** Na sua agricultura utiliza algum tipo de produto químico? 1. Sim.    2. Não

**5.22.1** Se SIM, qual(is)? \_\_\_\_\_

**5.22.2** Você recebeu ou recebe algum tipo de orientação sobre o uso desses produtos químicos?

1. Sim    2. Não

**5.22.2.1** Se SIM, de quem? \_\_\_\_\_

## 6. AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE DO INDIVÍDUO

**6.1** Você já deixou de trabalhar porque estava doente? 1. Sim    2. Não

**6.1.1** Se SIM, qual(is) problema(s) de saúde você teve? \_\_\_\_\_

**6.2** Você já teve alguma doença que você considera que tem a ver com o seu trabalho? 1. Sim    2. Não    3. Não sabe

**6.2.1** Se SIM, qual(is)? \_\_\_\_\_

**6.2.1.1** Quando teve esse problema de saúde, que considera que tem a ver com o seu trabalho, você procurou algum profissional de saúde? 1. Sim    2. Não.

**6.2.1.2** Se SIM, qual? 1. Médico    2. Enfermeiro    4. Outro: \_\_\_\_\_

**6.3** Nos últimos 12 meses, você procurou algum profissional de saúde? 1 Sim    2 Não

**6.3.1** Se SIM, qual profissional? \_\_\_\_\_

**6.3.2** O profissional perguntou em que você trabalha? 1. Sim    2. Não    3. Não lembra

**6.4 Você já teve diagnóstico de algum problema de saúde por profissional de saúde?** 1. Sim  
2. Não

**6.4.1 Se SIM, qual(is)?** \_\_\_\_\_

**6.5 Onde você realiza acompanhamento dos seus problemas de saúde?** 1. SUS 2. Particular  
3. Não faz acompanhamento 4. Rezadeira/benedeira 5. Outros: \_\_\_\_\_

**6.6 Você faz uso de algum medicamento?** 1. Sim 2. Não

**6.6.1 Se Sim, qual(is)?** \_\_\_\_\_

**6.6.2 Como você adquire os medicamentos que você utiliza?** 1. Serviço público de saúde  
2. Pagou pelos medicamentos 3. Outras formas: \_\_\_\_\_

**6.7 De forma geral, como o(a) Sr.(a) classificaria a sua saúde nestes últimos 30 dias?**  
1. Muito Boa 2. Boa 3. Regular 4. Ruim 5. Muito ruim

**6.8 Que atividades você realiza para cuidar da sua saúde?**

1. Não faz nada 2. Dieta 3. Prática de atividade física 4. Toma medicamentos 5. Faz exames  
6. Vai ao serviço de saúde/profissional de saúde 7. Outro: \_\_\_\_\_

**6.9 No momento você tem algum destes problemas de saúde?**

**6.9.1 Dor na coluna, costas e pescoço** 1. Sim 2. Não

**Se SIM, há quanto tempo (em meses)?** \_\_\_\_\_

**6.9.2 Dor com formigamento ou cansaço muscular nos braços, pernas, dedos, pés ou mãos que pioram com o esforço físico** 1. Sim 2. Não

**Se SIM, há quanto tempo (em meses)?** \_\_\_\_\_

**6.9.3 Tosse, dificuldade para respirar, cansaço, dor no peito ao respirar ou tossir quando esta trabalhando** 1. Sim 2. Não

**Se SIM, há quanto tempo (em meses)?** \_\_\_\_\_

**6.9.4 Coceira nas mãos, pés, ardor e vermelhidão na pele que piora no trabalho** 1. Sim  
2. Não

**Se SIM, há quanto tempo (em meses)?** \_\_\_\_\_

**6.9.5 Diminuição ou perda da escuta (audição)** 1. Sim 2. Não

**Se SIM, há quanto tempo (em meses)?** \_\_\_\_\_

**6.9.6 Diminuição ou perda da visão** 1. Sim 2. Não

**Se SIM, há quanto tempo (em meses)?** \_\_\_\_\_

**6.9.7 Ardor, coceira, lacrimejamento, vermelhidão nos olhos** 1. Sim 2. Não

**Se SIM, há quanto tempo (em meses)?** \_\_\_\_\_

**6.9.8 Caso esteja com algum dos problemas citados anteriormente, você está realizando algum tratamento de saúde para?** 1. Sim 2. Não.

**6.9.8.1 Se SIM, qual(is)?** \_\_\_\_\_

**6.10.1 Em que grau a dor na coluna, costas e pescoço limita as suas atividades habituais?**

1. Não limita 2. Pouco 3. Médio 4. Muito

**6.10.2 Em que grau a dor com formigamento ou cansaço muscular nos braços, pernas, dedos, pés ou mãos que pioram com o esforço físico limita as suas atividades habituais?**

1. Não limita 2. Pouco 3. Médio 4. Muito

**6.10.3 Em que grau a tosse, dificuldade para respirar, cansaço, dor no peito ao respirar ou tossir quando está trabalhando limitam as suas atividades habituais?**

1. Não limita 2. Pouco 3. Médio 4. Muito

**6.10.4 Em que grau a coceira nas mãos, pés, ardor e vermelhidão na pele que piora no trabalho limitam as suas atividades habituais?**

1. Não limita 2. Pouco 3. Médio 4. Muito

**6.10.5 Em que grau a diminuição ou perda da escuta (audição) limita as suas atividades habituais?**

1. Não limita 2. Pouco 3. Médio 4. Muito

**6.10.6 Em que grau o ardor, coceira, lacrimejamento, vermelhidão nos olhos limitam as suas atividades habituais?**

1. Não limita 2. Pouco 3. Médio 4. Muito

**6.11 Você já teve algum problema de saúde devido uso de produto químico?** 1. Sim 2. Não

**6.11.1 Se SIM, qual problema de saúde?** \_\_\_\_\_

**6.11.2 Qual produto químico?** \_\_\_\_\_

**6.12 Durante o seu trabalho (na pesca ou na agricultura) você já sofreu ou passou por algum destes problemas?**

**6.12.1 Afogamento** 1. Sim 2. Não

Se **SIM**, qual o grau? 1. Leve 2. Grave 3. Muito grave

**6.12.2 Corte nas mãos, braços, etc.** 1. Sim 2. Não

Se **SIM**, qual o grau? 1. Leve 2. Grave 3. Muito grave

**6.12.3 Picada de cobra** 1. Sim 2. Não

Se **SIM**, qual o grau? 1. Leve 2. Grave 3. Muito grave

**6.12.4 Picada de escorpião** 1. Sim 2. Não

Se **SIM**, qual o grau? 1. Leve 2. Grave 3. Muito grave

**6.12.5 Quedas** 1. Sim 2. Não

Se **SIM**, qual o grau? 1. Leve 2. Grave 3. Muito grave

**6.12.6 Picadas/mordidas de animais marinhos (ou do rio/açude)** 1. Sim 2. Não

Se **SIM**, qual o grau? 1. Leve 2. Grave 3. Muito grave

**6.12.7 Intoxicação por agrotóxicos** 1. Sim 2. Não

Se **SIM**, qual o grau? 1. Leve 2. Grave 3. Muito grave

**6.12.8 Intoxicação por outros produtos químicos** 1. Sim 2. Não

Se **SIM**, qual o grau? 1. Leve 2. Grave 3. Muito grave

**6.13. Durante o seu trabalho, você faz uso dos seguintes itens?**

**6.13.1 Colete salva-vidas** 1. Sim 2. Não

Se **SIM**, com que frequência? 1. Frequentemente 2. Às vezes 3. Raramente

**6.13.2 Chapéu de palha ou boné** 1. Sim 2. Não

Se **SIM**, com que frequência? 1. Frequentemente 2. Às vezes 3. Raramente

**6.13.3 Protetor solar** 1. Sim 2. Não

Se **SIM**, com que frequência? 1. Frequentemente 2. Às vezes 3. Raramente

**6.13.4 Luvas grossas** 1. Sim 2. Não

Se **SIM**, com que frequência? 1. Frequentemente 2. Às vezes 3. Raramente

**6.13.5 Blusa de manga comprida** 1. Sim 2. Não

Se **SIM**, com que frequência? 1. Frequentemente 2. Às vezes 3. Raramente

**6.13.6 Calças compridas** 1. Sim 2. Não

Se **SIM**, com que frequência? 1. Frequentemente 2. Às vezes 3. Raramente

**6.13.7 Botas** 1. Sim 2. Não

Se **SIM**, com que frequência? 1. Frequentemente 2. Às vezes 3. Raramente

**6.14 Questionário Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20): realizar perguntas 8.14.1 a 8.14.20 e, ao final, realizar somatória (cada SIM= 1 ponto cada NÃO=0 ponto)**

**6.14.1 Você tem dores de cabeça frequentes?** 1. Sim = 1 2. Não = 0

**6.14.2 Tem falta de apetite?** 1. Sim = 1 2. Não = 0

**6.14.3 Dorme mal?** 1. Sim = 1 2. Não = 0

**6.14.4 Assusta-se com facilidade?** 1. Sim = 1 2. Não = 0

**6.14.5 Tem tremores nas mãos?** 1. Sim = 1 2. Não = 0

**6.14.6 Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?** 1. Sim = 1 2. Não = 0

**6.14.7 Tem má digestão?** 1. Sim = 1 2. Não = 0

**6.14.8 Tem dificuldades de pensar com clareza?** 1. Sim = 1 2. Não = 0

**6.14.9 Tem se sentido triste ultimamente?** 1. Sim = 1 2. Não = 0

**6.14.10 Tem chorado mais do que costume?** 1. Sim = 1 2. Não = 0

**6.14.11 Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?**

1. Sim = 1 2. Não = 0

**6.14.12 Tem dificuldades para tomar decisões?** 1. Sim = 1 2. Não = 0

**6.14.13 Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa- sofrimento?)**

1. Sim = 1 2. Não = 0

**6.14.14 É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida? (é incapaz de fazer coisas úteis)** 1. Sim = 1 2. Não = 0

**6.14.15 Tem perdido o interesse pelas coisas?** 1. Sim = 1 2. Não = 0

**6.14.16 Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?** 1. Sim = 1 2. Não = 0

**6.14.17 Tem tido ideia de acabar com a vida?** 1. Sim = 1 2. Não = 0

**6.14.18 Sente-se cansado (a) o tempo todo?** 1. Sim = 1 2. Não = 0

**6.14.19 Você se cansa com facilidade?** 1. Sim = 1 2. Não = 0

**6.14.20 Tem sensações desagradáveis no estomago?** 1. Sim = 1 2. Não = 0

**SOMA:** \_\_\_\_\_

**6.15 QUESTIONÁRIO AUDIT (assinalar o item associado a cada resposta. Ao final, realizar somatório com pontuação correspondente a cada questão):**

**6.15.1 Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?** 0=nunca 1 = uma vez por mês ou menos 2 = duas a quatro vezes por mês 3 = duas a três vezes por semanas 4 = quatro ou mais vezes por semana

**6.15.2 Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?** 0 = uma ou duas 1 = três ou quatro 2 = cinco ou seis 3 = de sete a nove 4 = dez ou mais

**6.15.3 Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião?** 0 = nunca 1 = menos de um vez por mês 2 = pelo menos uma vez por mês 3 = pelo menos uma vez por semana 4 = diariamente ou quase diariamente

**6.15.4 Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar?** 0 = nunca 1 = menos de um vez por mês 2 = pelo menos uma vez por mês 3 = pelo menos uma vez por semana 4 = diariamente ou quase diariamente

**6.15.5 Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exigem por ter bebido?** 0 = nunca 1 = menos de um vez por mês 2 = pelo menos uma vez por mês 3 = pelo menos uma vez por semana 4 = diariamente ou quase diariamente

**6.15.6 Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para "curar" uma ressaca?** 0 = nunca 1 = menos de uma vez por mês 2 = pelo menos uma vez por mês 3 = pelo menos uma vez por semana 4 = diariamente ou quase diariamente

**6.15.7 Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido?** 0 = nunca 1 = menos de uma vez por mês 2 = pelo menos uma vez por mês 3 = pelo menos uma vez por semana 4 = diariamente ou quase diariamente

**6.15.8 Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido?** 0 = nunca 1 = menos de uma vez por mês 2 = pelo menos uma vez por mês 3 = pelo menos uma vez por semana 4 = diariamente ou quase diariamente

**6.15.9 Já alguma vez ficou ferido ou ficou alguém ferido por você ter bebido?** 0 = não 1 = sim, mas não nos últimos 12 meses 2 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses

**6.15.10 Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?** 0 = não 1 = sim, mas não nos últimos 12 meses 2 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses

**PONTUAÇÃO:**

1. \_\_\_ + 2. \_\_\_ + 3. \_\_\_ + 4. \_\_\_ + 5. \_\_\_ + 6. \_\_\_ + 7. \_\_\_ + 8. \_\_\_ + 9. \_\_\_ + 10 =

**6.16 ANTROPOMETRIA (explicar exame e solicitar permissão para realizá-lo)**

**6.16.1 Peso:** \_\_\_\_\_ (kg)

**6.16.2 Altura:** \_\_\_\_\_ (m)

**6.16.3 IMC:** \_\_\_\_\_ (Kg/m<sup>2</sup>)

**6.16.4 IAC:** \_\_\_\_\_ (cm)

**6.16.5 Circunferência da cintura:** \_\_\_\_\_ (cm)

**6.16.6 Circunferência de quadril:** \_\_\_\_\_ (cm)

**6.16.7 Razão cintura-quadril (RCQ):** \_\_\_\_\_

**6.16.8 Circunferência do pescoço:** \_\_\_\_\_ (cm)

**6.16.9 Pressão Arterial Sistólica 1:** \_\_\_\_\_ (mmHg)

**6.16.10 Pressão Arterial Diastólica 1:** \_\_\_\_\_

**6.16.11 Pulso 1:** \_\_\_\_\_

**6.16.12 Pressão Arterial Sistólica 2:** \_\_\_\_\_ (mmHg)

**6.16.13 Pressão Arterial Diastólica 2:** \_\_\_\_\_

**6.16.14 Pulso 2:** \_\_\_\_\_

**6.16.15 Pressão Arterial Sistólica 3:** \_\_\_\_\_ (mmHg)

**6.16.16 Pressão Arterial Diastólica 3:** \_\_\_\_\_

**6.16.17 Pulso 3:** \_\_\_\_\_

**6.16.18 Pressão Arterial Sistólica Média:** \_\_\_\_\_ (mmHg)

**6.16.19 Pressão Arterial Diastólica Média:** \_\_\_\_\_

**6.16.20 Pulso Médio:** \_\_\_\_\_

**6.16.21 Glicemia capilar:** \_\_\_\_\_ (mg/dl)

**6.16.22 Classificação Glicemia capilar:** 1. Normal 2. Elevada

**6.17 Quando tinha sido a última vez que teve sua pressão arterial medida (meses/anos)?**

**6.18 O que você come normalmente no dia a dia? Escrever o nome dos alimentos consumidos em cada turno**

Turno	Tipos de alimentos
Manhã	
Tarde	
Noite	

**6.19 Em relação a quantidade de comida que você come durante o dia, você considera?**

1. Quantidade adequada/ideal 2. Quantidade inadequada/insuficiente 3. Quantidade inadequada/muito 4. Não sabe

### **A ENTREVISTADA É UMA MULHER?**

**6.20 Já fez exame de prevenção ginecológica?** 1. Sim 2. Não

**6.20.1 Se SIM, há quanto tempo fez seu último exame de prevenção ginecológica (anos)?**

**6.21 Você faz exame das suas mamas?** 1. Sim 2. Não

**6.22 Você já ficou grávida?** 1 Sim 2. Não

**6.22.1 Se SIM, quantas gestações você teve?** \_\_\_\_\_

**6.22.2 Qual a idade da primeira gravidez?** \_\_\_\_\_

**6.22.3 Houve algum problema com você ou bebê em alguma gestação?** 1. Sim 2. Não

**6.22.3.1 Se SIM, qual(is)?** \_\_\_\_\_

**6.22.4 Quantos partos foram normais?** \_\_\_\_\_

**6.22.5 Quantos partos foram por cesárea?** \_\_\_\_\_

**6.22.6 Você teve algum aborto?** 1. Sim 2. Não

**6.22.7 Foram realizados pré-natal durante as gestações?** 1.Sim, em todas 2. Sim, em algumas 3. Não, em nenhuma.

**6.22.7.1 Se SIM, quantas consultas de pré-natal fez na última gravidez?** \_\_\_\_\_

**6.22.7.2 Se NÃO, por qual(is) motivo(s) não realizou o pré-natal?** \_\_\_\_\_

**6.23 Você já teve ou tem algum problema de saúde da mulher que gostaria de citar?**

1. Sim 2. Não

**6.23.1 Se SIM, qual(is)?** \_\_\_\_\_

## APÊNDICE C- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIO COM TRABALHADORES E TRABALHADORAS DA AGRICULTURA FAMILIAR E DA PESCA ARTESANAL

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa denominado de: **Produção de indicadores para avaliação das condições de vida das famílias e acesso aos serviços de atenção primária em territórios do litoral e do sertão do Ceará e do Rio Grande do Norte.** Esta pesquisa objetiva “**Elaborar indicadores de avaliação das condições de vida das famílias e acesso aos serviços de atenção primária em territórios do litoral e do sertão do Ceará e do Rio Grande do Norte.**”

A sua participação na pesquisa será respondendo um questionário. As perguntas são sobre as: condições de vida, ambiente, produção (trabalho), família, doenças; e a situação dos serviços de saúde. Na última parte do questionário, serão realizados alguns exames: medir altura, peso, cintura, quadril, medida da pressão arterial e da glicemia capilar. A glicemia capilar é para medir o açúcar no sangue, e serve para ver diabetes e a medida da pressão, para ver pressão alta e baixa. Os dados da altura, cintura, peso são para ver obesidade, desnutrição e outras doenças.

Informamos, ainda, que alguns momentos da aplicação do questionário poderão ser fotografados e solicitamos sua permissão para que os registros necessários sejam feitos.

A sua colaboração e participação é de grande importância para a pesquisa produzir resultados úteis para as populações rurais, especialmente, as pessoas e famílias, que trabalham e vivem da agricultura familiar e da pesca artesanal.

Garantimos que todas as informações serão mantidas no anonimato (sigilo), sob a coordenação da pesquisa, ou seja, não será utilizado nenhum dado que possa levar a sua identificação.

Você será esclarecido(a) em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido(a) pelo pesquisador ou pela instituição.

Informamos que esta pesquisa, aparentemente, não traz risco a sua saúde e que o (a) senhor (a) pode desistir de participar da mesma no momento em que decidir, sem que isso lhe acarrete qualquer penalidade.

Lembramos, ainda, que na pesquisa quantitativa, habitualmente, não existe desconforto ou riscos físicos. Entretanto, o desconforto que poderá sentir é o de compartilhar informações pessoais ou confidenciais, ou em alguns tópicos que ele possa se sentir incômodo em falar. Nesse sentido, o (as) senhor (a), como já dito acima, não precisa responder a qualquer pergunta ou parte de informações obtidas



nesta entrevista, se sentir-se que ela é muito pessoal ou sentir-se desconforto em falar.

Caso ocorra algum risco, este será visto, avaliado e dado as devidas providências pela equipe de pesquisadores que constituem este projeto. Se necessário, pode entrar em contato com a coordenadora da pesquisa, a professora doutora Vanira Matos Pessoa, na Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ CEARÁ), no endereço: Endereço: rua São José, s/n, bairro: Precabura, Eusébio-Ceará. CEP: 60.760-000. Fone: (85) 3215-6450. Este projeto foi submetido a Plataforma Brasil e Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Ceará, no endereço: Avenida Antônio Justa, 3161 - Meireles, Fortaleza - CE, 60165-090. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidas através do telefone: (85) (85) 3101-1398.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o senhor(a) participante da pesquisa.

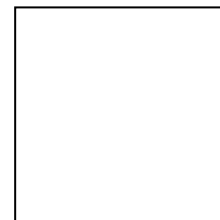
Declaro que tomei conhecimento do estudo citado acima, coordenado pela pesquisadora dra. Vanira Matos Pessoa, compreendi seus objetivos, concordo em participar da pesquisa, não me oponho ao registro fotográfico e coleta do material de sangue e declaro estar ciente que a qualquer momento posso retirar meu consentimento em participar da mesma.

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do documento de Identidade \_\_\_\_\_ fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar a decisão de participar, se assim o desejar. Recebi uma via deste Termo de Consentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) pesquisador(a)



## ANEXOS A- PARECER COMITÉ DE ÉTICA EM PESQUISA

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA  
DO CEARÁ - ESP/CE



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Produção de Indicadores para avaliação das condições de vida das famílias e acesso aos serviços de atenção primária em territórios do litoral e do sertão do Ceará e do Rio Grande do Norte.

**Pesquisador:** Vanira Matos Pessoa

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 07802419.2.0000.5037

**Instituição Proponente:** FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

**Patrocinador Principal:** Fundação Oswaldo Cruz

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.372.478

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo misto que utilizará a combinação diferentes técnicas de coleta de dados, de organização processamento e análise do material, com o intuito de apresentar resultados que apresentem o mais próximo possível o alcance dos objetivos propostos.

Foram selecionados três municípios, sendo dois no Ceará e um no Rio Grande do Norte, considerando a presença de instituição de pesquisa e demandas de movimentos populares para a realização de estudos de saúde da população do campo e das águas. Os critérios adotados na seleção dos municípios foram: ser de pequeno porte, população rural acima de 15 % da população total; variação da população extremamente pobre; uso do SIUS maior que 90%; presença de associação de pescadores(as) e sindicatos de trabalhadores(as) rurais; presença de população do campo e das águas. Foram incluídos os seguintes municípios: Apodi/RN, Fortim/CE e Novo Oriente/CE. A coleta dos dados será feita por meio de várias técnicas a saber: formulário, entrevista, observação de processo de trabalho, grupo focal, história de vida. Os dados quantitativos serão tratados utilizando o programa Stata ou SPSS. Os materiais qualitativos serão transcritos para o Programa IRAMUTEQ, versão 0.7 alfa 2. Neste estudo, os textos serão transcritos e categorizados conforme análise lexical do programa IRAMUTEQ, para então serem confrontadas com a literatura pertinente.

**Endereço:** Av. Antonio Justa, 3181

**Bairro:** Meireles

**CEP:** 60.165-000

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3101-1408

**Fax:** (85)3101-1408

**E-mail:** cep@esp.ce.gov.br

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA  
DO CEARÁ - ESP/ CE



Continuação do Parecer: 3.372.478

**Objetivo da Pesquisa:**

Primário:Elaborar Indicadores de avaliação das condições de vida das famílias e acesso aos serviços de atenção primária em territórios do litoral e do sertão do Ceará e do Rio Grande do Norte.

Secundários:

- a) Avaliar as condições de vida e o acesso aos serviços de atenção primária de famílias que trabalham na agricultura familiar e na pesca artesanal em territórios do litoral e do sertão nordestino;
- b) Caracterizar a exposição ambiental e o processo de trabalho de trabalhadores (as) da agricultura familiar e da pesca artesanal;
- c) Descrever o itinerário terapêutico das famílias agricultoras e pescadoras no que tange ao acesso aos serviços de atenção primária;
- d) Apreender as percepções de trabalhadores (as) da agricultura familiar e da pesca artesanal acerca da exposição ambiental, dos riscos e agravos/doenças relacionados ao trabalho;
- e) Apreender as percepções de profissionais da estratégia saúde da família acerca da exposição ambiental, riscos e doenças relacionadas ao trabalho de famílias que trabalham na agricultura familiar e na pesca artesanal;
- f) Propor indicadores qualitativos para a abordagem das populações do campo e das águas pela equipe de saúde da família subsidiando ações intersetoriais, de vigilância em saúde ambiental e do trabalhador e de promoção da saúde.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A pesquisadora informa que "os riscos relacionados à participação dos sujeitos na pesquisa podem estar relacionados a constrangimentos perante pessoas e instituições, caso dados sobre sua identidade venham a público. No entanto, será garantido que isso não ocorrerá sob hipótese alguma".Os benefícios relacionados com a participação dos membros da comunidade são no sentido de contribuir para o conhecimento e percepção dos aspectos relacionados à saúde, ambiente, trabalho no território em que vivem. Soma-se a isso a possibilidade de intervir em problemas prioritários, que podem advir em melhorias concretas para a população rural, como também para os participantes da pesquisa. A divulgação dos problemas enfrentados pelas comunidades e a articulação com o SUS e outros setores podem contribuir para construção de ações e políticas de saúde com foco na garantia dos direitos para as populações que residem nos territórios rurais e que vivem da agricultura e da

Endereço: Av. Antonio Justa, 3161

Bairro: Meireles

CEP: 60.165-000

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-1408

Fax: (85)3101-1408

E-mail: [cep@esp.ce.gov.br](mailto:cep@esp.ce.gov.br)

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA  
DO CEARÁ - ESP/CE



Continuação do Parecer: 3.372-478

pesca. Refere que as informações obtidas poderão ser utilizadas em eventos científicos, como congressos, seminários e outras atividades científicas, no entanto, estando resguardada a identidade de cada sujeito envolvido.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Estudo relevante abordando a temática saúde-trabalho-ambiente. Projeto de pesquisa aprovado pelo Programa Inova Flocruz - Edital geração de conhecimento - novos talentos, Edital número 3 de 2018.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresenta todos os termos necessários para a realização da pesquisa.

**Recomendações:**

Enviar relatório final para o CEP da ESP-CE.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO_1223517.pdf	28/05/2019 12:14:14		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_trab_agri_pesca_GF_ADEQUADO_CEP.doc	28/05/2019 12:12:10	Vanira Matos Pessoa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_profdesaude_ADEQUADO_CEP.doc	28/05/2019 12:12:01	Vanira Matos Pessoa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_oficinas_ADEQUADO_CEP.doc	28/05/2019 12:11:50	Vanira Matos Pessoa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_observacao_ADEQUADO_CEP.doc	28/05/2019 12:10:27	Vanira Matos Pessoa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE_familiares_historia_de_vida_ADEQUADO_CEP.doc	28/05/2019 12:10:15	Vanira Matos Pessoa	Aceito

Endereço: Av. Antônio Justa, 3161

Bairro: Meireles

CEP: 60.165-000

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-1408

Fax: (85)3101-1408

E-mail: cep@esp.ce.gov.br

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA  
DO CEARÁ - ESP/ CE



Continuação do Parecer: 3.372.478

Justificativa de Ausência	TCLE_familiares_historia_de_vida_ADE QUADRO CEP.doc	28/05/2019 12:10:15	Vanira Matos Pessoa	Aceito
Projeto Detalhado/ Brochura Investigador	Projeto_Saude_Familias_Rurais_INOVA_FIOCRUZ_2019_Versao_Adequada_CEP.pdf	28/05/2019 12:09:04	Vanira Matos Pessoa	Aceito
Outros	Resposta_ao_Parecer_CEP_ESP.pdf	28/05/2019 12:07:09	Vanira Matos Pessoa	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_ROSTO_PESQUISA_1.pdf	28/05/2019 12:06:34	Vanira Matos Pessoa	Aceito
Outros	Termo_de_autorizacao_Imagem_som.doc	14/04/2019 19:15:22	Vanira Matos Pessoa	Aceito
Outros	Carta_de_apreciacao_CEP_ESP_CE.pdf	14/04/2019 19:14:15	Vanira Matos Pessoa	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_de_anuencia_Novo_Oriente.pdf	14/04/2019 19:13:47	Vanira Matos Pessoa	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_de_anuencia_Fortim.pdf	14/04/2019 19:13:34	Vanira Matos Pessoa	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_de_anuencia_Apodl.pdf	14/04/2019 19:13:23	Vanira Matos Pessoa	Aceito
Outros	Secretaria_Saude_Novo_Oriente.pdf	11/02/2019 16:26:43	Vanira Matos Pessoa	Aceito
Outros	Secretaria_Saude_Fortim.pdf	11/02/2019 16:26:42	Vanira Matos Pessoa	Aceito
Outros	Curriculo.pdf	11/02/2019 16:23:51	Vanira Matos Pessoa	Aceito
Outros	Carta.pdf	11/02/2019 16:23:10	Vanira Matos Pessoa	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Luiz.pdf	26/01/2019 09:24:17	Vanira Matos Pessoa	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Gelsa.pdf	26/01/2019 09:23:57	Vanira Matos Pessoa	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Margareth_Borges.pdf	26/01/2019 09:23:36	Vanira Matos Pessoa	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Marina_Fasanello_Anuencia.pdf	26/01/2019 12:17:27	Vanira Matos Pessoa	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Marcelo_Jose_Monteiro_Ferreira_Anuencia.pdf	26/01/2019 12:16:54	Vanira Matos Pessoa	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Luciana_Batista_Luclano_Anuencia.pdf	26/01/2019 12:16:35	Vanira Matos Pessoa	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Marcelo_Porto_Firpo_Anuencia.pdf	26/01/2019 12:16:05	Vanira Matos Pessoa	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Magda_Moura_Almelda_Anuencia.pdf	26/01/2019 12:15:08	Vanira Matos Pessoa	Aceito
Declaração de	Matheus_Campos_Anuencia.pdf	26/01/2019	Vanira Matos	Aceito

Endereço: Av. Antonio João, 3161

Bairro: Meireles

CEP: 60.165-000

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-1408

Fax: (85)3101-1408

E-mail: cep@esp.ce.gov.br

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA  
DO CEARÁ - ESP/CE



Continuação do Parecer: 3.372-478

Pesquisadores	Matheus_Campos_Anuencia.pdf	12:14:25	Pessoa	Acelto
Declaração de Pesquisadores	Roberto_Wagner_Anuencia.pdf	26/01/2019 12:13:54	Vanira Matos Pessoa	Acelto
Declaração de Pesquisadores	Francisco_Jadson_Franco_Anuencia.pdf	26/01/2019 12:02:27	Vanira Matos Pessoa	Acelto
Declaração de Pesquisadores	Fernando_Ferreira_Carneiro_Anuencia.pdf	26/01/2019 12:02:07	Vanira Matos Pessoa	Acelto
Declaração de Pesquisadores	Fátima_Antero_Anuencia.pdf	26/01/2019 12:01:34	Vanira Matos Pessoa	Acelto
Declaração de Pesquisadores	Caroline_enuencia.pdf	26/01/2019 12:01:14	Vanira Matos Pessoa	Acelto
Declaração de Pesquisadores	Darian_Anuencia.pdf	26/01/2019 12:00:49	Vanira Matos Pessoa	Acelto
Declaração do Patrocinador	Carolina_Burle_Niemeyer_Anuencia.pdf	26/01/2019 12:00:10	Vanira Matos Pessoa	Acelto
Declaração de Pesquisadores	Carlos_Andre_Moura_Amuda_Anuencia.pdf	26/01/2019 11:59:52	Vanira Matos Pessoa	Acelto
Declaração de Pesquisadores	Camilla_Gomes_Anuencia.pdf	26/01/2019 11:59:37	Vanira Matos Pessoa	Acelto
Declaração de Pesquisadores	Anya_Pimentel_Gomes_Fernandes_Vieira_Meyer.pdf	26/01/2019 11:59:18	Vanira Matos Pessoa	Acelto
Declaração de Pesquisadores	Ana_Claudia_Araujo_Teixeira_Anuencia.pdf	26/01/2019 11:58:58	Vanira Matos Pessoa	Acelto
Declaração de Pesquisadores	Antonio_Adriano_Anuencia.pdf	26/01/2019 11:58:00	Vanira Matos Pessoa	Acelto
Orçamento	Orçamento.docx	26/01/2019 11:56:13	Vanira Matos Pessoa	Acelto
Cronograma	Cronograma.docx	26/01/2019 11:54:43	Vanira Matos Pessoa	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 05 de Junho de 2019

Assinado por:  
JOSÉ OSMAR VASCONCELOS FILHO  
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Antônio Justa, 3161

Bairro: Meireles

CEP: 60.165-000

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-1408

Fax: (85)3101-1408

E-mail: cep@esp.ce.gov.br