

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**O CUIDADO DA EQUIPE DE ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA A TRABALHADORES
RURAIS EXPOSTOS A AGROTÓXICOS**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Letícia Martins Machado

**Santa Maria, RS, Brasil
2012**

**O CUIDADO DA EQUIPE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA A TRABALHADORES RURAIS EXPOSTOS A
AGROTÓXICOS**

Letícia Martins Machado

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS) como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Enfermagem.**

Orientadora: Profa. Dra. Carmem Lúcia Colomé Beck
Co-orientadora: Profa. Dra. Teresinha Heck Weiller

Santa Maria, RS, Brasil
2012

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Martins Machado, Letícia

O cuidado da equipe de Estratégia de Saúde da Família a trabalhadores rurais expostos a agrotóxicos / Letícia Martins Machado.-2012.

110 p.; 30cm

Orientador: Carmem Lúcia Colomé Beck

Coorientador: Teresinha Heck Weiller

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, RS, 2012

1. Estratégia de Saúde da Família 2. Saúde do Trabalhador 3. Trabalhador rural 4. Agrotóxicos I. Colomé Beck, Carmem Lúcia II. Heck Weiller, Teresinha III. Título.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

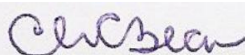
A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Dissertação de Mestrado

**O CUIDADO DA EQUIPE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
A TRABALHADORES RURAIS EXPOSTOS A AGROTÓXICOS**

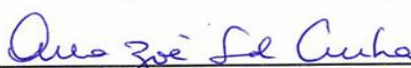
elaborada por
Letícia Martins Machado

Como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem

COMISSÃO EXAMINADORA:



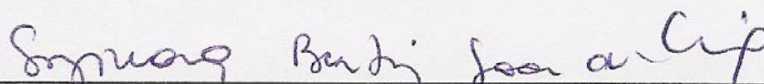
Carmem Lúcia Colomé Beck, Dra.
(Presidente/Orientadora)



Ana Zoé Schilling da Cunha, Dra. (UNISC)



Silviomar Camponogara, Dra.
(UFSM)



Suzinara Beatriz Soares de Lima, Dra. (USFM)
(suplente)

Santa Maria, 20 de dezembro de 2012.

"Desistir... eu já pensei seriamente nisso, mas nunca me levei realmente a sério; é que tem mais chão nos meus olhos do que o cansaço nas minhas pernas, mais esperança nos meus passos, do que tristeza nos meus ombros, mais estrada no meu coração do que medo na minha cabeça."

Cora Coralina

AGRADECIMENTOS

Obrigada...

...àquele, que pela fé, fez com que eu nunca desistisse dos meus projetos de vida. Que me dá saúde e que atende prontamente os meus pedidos quando diante de si ergo minhas mãos em oração... OBRIGADA meu **DEUS**, por mais esta conquista!

...aos meus amados pais **Viane** e **Maria da Graça**, que desde muito cedo me incentivaram a estudar; por acreditarem junto comigo nos meus sonhos e por confiarem no caminho que escolhi seguir. Sem palavras para agradecer o amor, a compreensão, os valores ensinados, o abraço forte e o colo acolhedor.

...a **Bruna**, minha irmã, que com seu pensamento adolescente me faz ver a vida de uma forma mais tranquila, onde “tudo posso, tudo consigo”. Obrigada por cuidar do pai e da mãe na minha ausência.

...às minhas avós **Iracema** (*in memoriam*) e **Marina** (*in memoriam*), que não fazem mais parte do mundo terreno, mas que o olhar carinhoso de uma e a coragem da outra ajudaram a me “fazer gente”, e que hoje com certeza vibrariam comigo por esta conquista. Obrigada pelos exemplos de vida deixados! Os levarei para sempre.

...aos meus **familiares**, e aos **amigos** antigos e aqueles que conheci enquanto cursava o mestrado, agradeço pelas boas vibrações, pelas orações, pela compreensão quando estive ausente e pelas inspirações... Que permaneçam perto de mim para comemorarmos mais outras conquistas.

...à professora **Carmem Lúcia Colomé Beck**, acolhedora desde o momento que iniciei a participação no grupo de pesquisa. Antes de agradecer pelos ensinamentos de enfermagem, gostaria de agradecer a calma e o carinho com que me cuidou durante esta trajetória. Obrigada pelo “Siga em frente!!!!” que me fez acreditar que era possível chegar até aqui.

...à professora **Teresinha Weiller**, pela sensatez e conhecimento com que ajudou a construir este trabalho. Muito Obrigada!

... às professoras **Silviamar Camponogara**, **Ana Zoé Schilling da Cunha** e **Rita Maria Heck** pela cooperação na elaboração deste trabalho, por meio das sugestões relevantes e fundamentais.

...à minha colega e grande amiga **Daiany Silveira Donaduzzi**, a qual conheci no primeiro dia de aula do mestrado e a partir daí caminhamos juntas. Compartilhamos nesses dois anos o sonho de ser mestre, as angústias diante do desconhecido, e as alegrias e experiências que o mestrado nos deu. Indiscutivelmente sabemos o valor da lágrima que correrá pela felicidade sentida ao término dessa jornada.

...ao **Centro Universitário Franciscano - UNIFRA**, que pela missão de ensinar com qualidade e para a vida, me formou enfermeira. Obrigada aos professores que com comprometimento e competência colaboraram com a minha formação e nos quais me espelhei para ser a profissional que sou hoje. Também agradeço especialmente a esta instituição, por ter me acolhido não só como estudante, mas me deu a oportunidade de exercer a enfermagem como gostaria: que é ENSINANDO!

...às minhas colegas, **Amarílis Pagel Floriano da Silva, Daniela Ribeiro Küster e Fabiana Porto da Silva**, por compartilharem comigo o exercício da docência e por terem compreendido as minhas ausências principalmente no primeiro ano do mestrado. Tenham certeza que o carinho e a amizade de vocês foram imprescindíveis.

...aos **estudantes das turmas 26, 27, 28, 29 e 30** do Curso Técnico em Enfermagem do Centro Universitário Franciscano, que me ensinam diariamente a ser mestre para além do título acadêmico, e que contribuem para que eu seja uma enfermeira realizada. Nunca desistam, e saibam que vocês foram importantes nesta caminhada!

...ao **Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - Cerest**, regional Santa Maria, especialmente a **Sueli Barrios e Carla Centurião**. Meu muito obrigada pelas trocas, pelas oportunidades e pelas contribuições na construção deste projeto.

...ao **município de Nova Palma**, em especial a **Solange Rossato**, e as enfermeiras **Lourdes Stefanello, Maiara Botton e Silene Ceolin**, pela forma carinhosa e afável com que sempre receberam minhas demandas e eu. Contem comigo!

...aos **colegas e professores do mestrado**, pelo convívio e oportunidade de crescimento.

...a **Universidade Federal de Santa Maria – UFSM**, pela possibilidade oferecida de qualificar-me profissionalmente.

Agradecida Eternamente!

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

O CUIDADO DA EQUIPE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA A TRABALHADORES RURAIS EXPOSTOS A AGROTÓXICOS

AUTORA: LETÍCIA MARTINS MACHADO

ORIENTADOR: CARMEM LÚCIA COLOMÉ BECK

CO-ORIENTADORA: TERESINHA HECK WEILLER

Data e Local da Defesa: Santa Maria, 20 de dezembro de 2012.

Os objetivos desse estudo foram compreender como é organizado o cuidado prestado pela equipe de Estratégia de Saúde da Família a trabalhadores rurais expostos a agrotóxicos; descrever as peculiaridades do trabalho e do trabalhador rural; caracterizar os dados sócios demográficos dos profissionais da saúde que atuam na ESF e identificar as ações de saúde realizadas pelas equipes ESF com trabalhadores rurais, bem como com aqueles trabalhadores expostos a agrotóxicos. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, do tipo exploratório-descritivo desenvolvido com 15 profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família do município de Nova Palma/RS. Os instrumentos de coleta de dados foram a observação não-participante e a entrevista semi-estruturada. Para análise dos dados foi empregada a análise temática. Os resultados estão apresentados em dois artigos. O primeiro artigo está organizado em duas categorias: peculiaridades do trabalho e do trabalhador rural e a postura do trabalhador rural frente aos agrotóxicos. O segundo artigo é composto pelas categorias: caracterização sócio demográfica dos participantes da pesquisa; atuação dos profissionais de saúde no espaço rural; e conduta do profissional de saúde em casos de intoxicação. Para atender os preceitos éticos foi cumprida integralmente a resolução 196/96. Este estudo poderá contribuir para que o cuidado aos trabalhadores rurais expostos aos agrotóxicos seja organizado pela equipe de saúde, de forma a contemplar tal especificidade, por intermédio da atenção integral a saúde. Além disso, visa contribuir para que gestores, trabalhadores de saúde e pesquisadores possam assentar suas práticas em estudos que revelam a especificidades e os agravos decorrentes de atividades que expõem os trabalhadores ao uso de agrotóxicos. A construção desse estudo permitiu a compreensão da dinâmica do trabalho rural, pela ótica dos profissionais de saúde. Frente a isso, enfatiza-se a necessidade de investimento na organização de ações voltadas a saúde dos trabalhadores rurais de forma geral, bem como com relação à exposição a agrotóxicos.

Palavras-chave: Saúde da Família. Trabalhadores Rurais. Agrotóxicos. Enfermagem.

ABSTRACT

Masters Dissertation
Post-Graduation in Nursery Program
Federal University of Santa Maria

FAMILY HEALTH STRATEGY TEAM CARE ON RURAL WORKERS EXPOSED TO PESTICIDES

AUTHOR: LETÍCIA MARTINS MACHADO
ADVISOR: CARMEM LÚCIA COLOMÉ BECK
CO-ADVISOR: TERESINHA HECK WEILLER

Date and Location of Defense: Santa Maria, December 20th, 2012.

The objectives of this study were to understand how the work of the Family Health Strategy team is organized in relation to the care of the rural workers exposed to pesticides; describe the particularities of the rural work and workers; characterize the social demographic data of the health professionals who work at the ESF and identify the health actions done by the ESF teams in relation to the rural workers, as well as to those exposed to pesticides. It is an explorative-descriptive study of qualitative approach developed with 15 health professionals of the Family Health Strategy in the city of Nova Palma/RS. The instruments of data collection were the passive observation and the semi structured interview. To analyze the data it was applied the thematic analyzes. The results are shown in two articles. The first article is organized in two categories: particularities of the rural work and workers and the attitude of the rural workers toward the pesticides. The second article is composed by the categories: social demographic categorization of the participants of the survey; experience of the health professionals in the rural area and the professional conduct of the health professional in case of intoxication. To serve ethical precepts it was fully accomplished the 196/96 resolution. This study may contribute to the care of the rural workers exposed to pesticides so that it could be organized by the health team in a way to contemplate such specificity by the full time attention to health. Moreover, the aim of this study is to contribute to managers, health workers and researchers to their practices in studies that disclose the specificity and the aggravation resulting from activities that expose the workers to the use of pesticides. The construction of this study allowed the comprehension of the rural work dynamics, by the view of the health professionals. Giving this, it is emphasized the necessity of investment in the organization of actions related to the rural workers health in general, as well as in relation to pesticide exposition.

Key words: Family Health. Rural Workers. Pesticides. Nursery.

LISTA DE ABREVIATURAS

Agentes Comunitários de Saúde	ACS
Atenção Básica	AB
Centros de Informações Toxicológicas	CIAT
Centro de Referência em Saúde do Trabalhador	Cerest
Comunicado de Acidente de Trabalho	CAT
Conferência Nacional de Saúde	CNS
Cooperativa Agrícola Mista Nova Palma Ltda	CAMNPAL
Coordenação de Prevenção e Vigilância	Conprev
Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural	EMATER
Equipamentos de Proteção Individual	EPI
Estratégia de Saúde da Família	ESF
Instituto Nacional de Câncer	INCA
Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada	IPEA
Fundo de Assistência e Previdência ao Trabalhador Rural	FUNRURAL
Hospital Universitário de Santa Maria	HUSM
Instituto Nacional de Assistência Médica E Previdência Social	INAMPS
Plano Nacional de Desenvolvimento	PND
Programa de Agentes Comunitários de Saúde	PACS
Programa de Saúde da Família	PSF
Rede de Atenção à Saúde	RAS
Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador	Renast
Rio Grande do Sul	RS
Sistema Nacional de Informações Tóxico Farmacológicas	SINITOX
Sistema Nacional de Agravos Notificados	SINAN
Sistema Único de Saúde	SUS

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TCLE

Unidade Básica de Saúde

UBS

Universidade Federal de Santa Maria

UFSM

Vistas domiciliares

VD

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A - Roteiro para observação não participante.....	104
Apêndice B - Roteiro para entrevista semi-estruturada.....	105
Apêndice C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	106
Apêndice D - Termo de Aceite de Pesquisa.....	107
Apêndice E - Termo de Confidencialidade.....	108
Apêndice F - Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM.....	109
Apêndice G - Modelo “do círculo, do triângulo e dos pontos”	110

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 Objetivos	18
2 FUNDAMENTAÇÃO TEORICA	19
2.1 Construção do Sistema Único de Saúde	19
2.2 Trabalho, Trabalhador Rural e Saúde do trabalhador	22
3 PERCURSO METODOLÓGICO	29
3.1 Cenário da Pesquisa	29
3.2 Participantes da Pesquisa	30
3.3 Técnicas de Coleta de Dados	31
3.4 Método de Análise dos Dados	33
3.5. Aspectos Éticos	34
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	36
4.1 Artigo 1- O Trabalho Rural sob o olhar dos Profissionais da Estratégia de Saúde da Família	37
Introdução	38
Percurso Metodológico	39
Resultados e Discussão	41
Considerações Finais	57
Referências	58
4.2 Artigo 2- Interface entre o Trabalho em Saúde e o Trabalho Rural no contexto da exposição a agrotóxicos	62
Introdução	63
Percurso Metodológico	65
Resultados e Discussão	66
Considerações Finais	90
Referências	92
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	98
REFERÊNCIAS	99

1 INTRODUÇÃO

O sistema de saúde no Brasil, desde o século XX sofre mudanças as quais acompanham as transformações econômicas, socioculturais e políticas da sociedade. Assim sendo, é possível identificar quatro tendências principais da saúde brasileira ao longo dos anos. O sanitarismo campanhista é a primeira tendência, o qual vigorou até 1945 tendo como estratégia principal de atuação as campanhas sanitárias. Entre 1945 e 1960 houve o período de transição para o modelo médico assistencial privatista, que vigorou até o início dos anos 1980 e com o Sistema Único de Saúde (SUS) tem-se um modelo de atenção à saúde público e plural (CARVALHO; MARTIN; CORDONI Jr., 2001).

Em 1990, o SUS foi regulamentado pela Lei 8080/90 e a Lei 8142/90 e teve como objetivo principal formular e implementar a política nacional de saúde dedicada a promover condições de vida saudável, prevenir riscos, doenças e agravos à saúde da população e garantir o acesso equitativo ao conjunto dos serviços assistenciais na perspectiva da atenção a saúde de forma integral (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

Nesse contexto, tem-se no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Básica que se caracteriza pelo conjunto de ações de saúde, individuais e coletivas, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

Na Atenção Básica (AB), dentre as estratégias para sua efetivação, situa-se a Estratégia de Saúde da Família (ESF) a qual é desenvolvida por meio de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, direcionadas a populações de territórios delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade do território onde vivem essas populações (BRASIL, 2007).

A ESF visa a reorganização da AB no Brasil e foi planejada para servir como mecanismo de ruptura em relação ao comportamento passivo baseado em ações pontuais das unidades básicas de saúde, entendendo o indivíduo como singular e como parte integrante de um contexto mais amplo que é a família e a comunidade. Logo, a proposta da ESF vai ao encontro dos debates e análises referentes ao processo de mudança do paradigma que orienta o modelo de atenção curativista que, desde a década 70 do século passado, vem sendo enfrentada pelo conjunto de atores e sujeitos sociais comprometidos com um modelo que garanta integralidade da atenção as pessoas (BRASIL, 2008; GIL, 2005). Nessa conjuntura, é preciso (re)pensar o fazer dos profissionais de saúde atuantes na ESF, atentando para que o planejamento de suas ações sejam convergentes com o objetivo do SUS.

Para tanto, os profissionais que compõem as equipes devem estar aptos a compreender e agir sobre os determinantes sociais do processo saúde/doença, o que implica realizar uma síntese de saberes a serem utilizados na definição dos cuidados dos indivíduos e famílias, para que estes não se restrinjam a práticas pontuais e curativas (GIL, 2005).

O trabalho em saúde se configura em uma interação intersubjetiva no qual há o encontro entre sujeitos com importantes diferenças em relação aos seus desejos, interesses, saberes e coeficientes de poder (CAMPOS, 2006). Nesse sentido, o encontro entre profissional de saúde e usuário pode ser permeado por aspirações que, geralmente, partem do segundo em direção ao primeiro. Assim, o trabalho na ESF coloca os profissionais de saúde frente, não apenas a doença, mas de todo o contexto de vida do usuário.

O trabalho da ESF é tangenciado pelo que propõe o artigo 3º da Lei 8.080/90, a qual define que “*a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (...)*” (BRASIL, 1990).

Dentre os determinantes e condicionantes citados, neste estudo foi dado enfoque ao trabalho em dois âmbitos: o trabalho rural e o trabalho dos profissionais da ESF. Sobre isso, tem-se que na realidade brasileira as condições de trabalho e de vida no meio rural sempre foram precárias, principalmente, a partir da entrada no cenário rural da monocultura intensiva e extensiva praticada no mundo do agronegócio, tendo sido motivo de desgaste e adoecimento destas populações (SCOPINHO, 2010).

Nesta perspectiva, a equipe da ESF desenvolve ações de cuidado a pessoas de todas as faixas etárias, escolaridade e nível socioeconômico respeitando as singularidades. Por vezes, a singularidade apresentada por determinado usuário centra-se no trabalho que executa, fazendo com que o cuidado dispensado a ele seja diferenciado dos demais membros de sua família.

No Brasil, as relações entre o trabalho e a saúde-doença dos trabalhadores configuram um mosaico no qual coexistem diferentes estágios de incorporação tecnológica, de formas de organização e gestão das atividades produtivas, com reflexos sobre o viver, o adoecer e o morrer dos trabalhadores. Logo, a saúde dos trabalhadores é condicionada por fatores sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais relacionados ao perfil de produção e consumo, além de riscos de natureza físicos, químicos, biológicos, mecânicos e ergonômicos presentes nos processos de trabalho (DIAS, 2006).

Diferentes cenários se prestam ao desenvolvimento do trabalho humano, a exemplo do cenário urbano e rural. Em ambos, o homem encontra espaço para realização do trabalho e os

recursos disponíveis nestes cenários dão o tom ao nível de exigência sobre o trabalhador. Ao trabalho rural é atribuída uma imagem que oportuniza liberdade no qual o trabalhador é livre para fazer escolhas já que, muitas vezes, não tem padrão nem horário, embora exerça um ofício que exige dedicação, trabalho árduo e conhecimento.

A sobrecarga de trabalho, associada às condições materiais, expõem o trabalhador rural a uma violência que, sutilmente, os atinge a qual é sobreposta pelo cansaço e pela dor (SCHLINDWEIN, 2010). No contexto do campo, o trabalhador usa seu corpo como principal instrumento de trabalho, dependendo quase que inteiramente das boas condições físicas e mentais, de corpo e mente saudável para o desenvolvimento das intensas atividades que caracterizam a vida no meio rural. Assim, a miséria, a fome e o desespero que nasce do fato de estar doente confirmam, na prática, que o corpo-instrumento é fonte de subsistência e reprodução (SCHLINDWEIN, 2010; TEIXEIRA, 2005).

O trabalhador rural cotidianamente expõe seu corpo-instrumento a intempéries e a condições de trabalho geradoras, em potencial, de desgaste e de doença. Um fator de grande influência no processo saúde-doença desses trabalhadores é a exposição aos agrotóxicos os quais, ao passo que representam a possibilidade de aumento de produção agrícola, podem acarretar danos a sua saúde.

O uso de agrotóxicos tem trazido consequências tanto para o ambiente quanto para a saúde do trabalhador rural. Essas consequências são condicionadas por fatores relacionados ao uso inadequado dessas substâncias, a pressão exercida pela indústria, a alta toxicidade e a precariedade dos mecanismos de vigilância. Soma-se a isso a difícil apropriação, por parte de quem usa, das informações sobre saúde e segurança desses produtos uma vez que fazem uso de linguagem técnica pouco acessível (PERES; MOREIRA, 2003; SIQUEIRA; KRUSE, 2008).

A problemática existente na relação entre trabalhador rural e os agrotóxicos está presente no cotidiano de trabalho das equipes de ESF atuantes em municípios com economias centradas na agricultura. Portanto, o cuidado a esses trabalhadores rurais perpassa campo e núcleo de saberes e práticas dos profissionais de saúde. Requer mudanças nos valores e na postura da equipe de saúde da família, com ampliação de conhecimentos e habilidades para a promoção da saúde, prevenção e cura de doenças considerando a realidade concreta. Exige-se modificação nas relações entre os membros da equipe e desses com os demais setores da sociedade, incluindo serviços e a própria população (SOUZA; MANDÚ, 2010).

Com o objetivo de conhecer as produções científicas sobre esta temática, realizou-se um levantamento bibliográfico sem recorte temporal nos meses de agosto e setembro de 2011 nas

bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na *Medical Literature Analysis and Retrieval System online (Medline)*, o qual foi feito no período de agosto a outubro de 2012.

Utilizaram-se os descritores: Saúde da População Rural; Trabalhadores Rurais; Profissional de Saúde; Saúde da Família; e Agrotóxicos, buscando identificar produções existentes e se observou que o enfoque é dado aos riscos que a exposição aos agrotóxicos traz a saúde humana.

A atuação do setor saúde neste contexto foi temática central de apenas um estudo internacional realizado no início da década de 1990 na Tanzânia, África Oriental.

Isto, portanto, justifica a realização deste estudo, tendo em vista que o consumo de agrotóxicos no Brasil, o qual aumentou 700% nos últimos quarenta anos (SPADOTTO; GOMES, 2012) somado as demais especificidades do trabalho rural devem ser considerados pelos profissionais de saúde atuantes em áreas rurais pelo fato de serem determinantes do processo saúde-doença dos trabalhadores rurais.

Assim, os resultados deste estudo poderão ser utilizados como base para profissionais de saúde que atuam em territórios com perfil semelhante ao estudado.

Justifica-se também a realização tendo em vista a inserção da autora no Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem do Departamento de Enfermagem da UFSM, que oportunizou refletir e compreender questões referentes a saúde do trabalhador.

Associa-se a isto a atuação da mesma como enfermeira assistencial da ESF de um município no estado do Rio Grande do Sul, que é vinculado ao contexto do trabalho rural, bem como participação no Projeto de Pesquisa denominado "Estudo da prevalência de câncer de pele e lesões precursoras em residentes de municípios agricultores – projeto piloto", desenvolvido entre outubro de 2010 e janeiro de 2011 no município de Nova Palma/RS, sob coordenação do Instituto Nacional de Câncer (INCA) e Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), Regional de Santa Maria/RS. A vinculação entre INCA e Cerest deu-se por meio da Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev) da Área de Vigilância do Câncer Relacionado ao Trabalho e ao Ambiente do INCA.

Desse modo, emergiram inquietações no sentido de desenvolver um estudo voltado para a realidade dos trabalhadores rurais e a concretização da proposta de estudo foi viabilizada a partir de um encontro entre autora, pesquisadoras do INCA e profissionais do Cerest - Santa Maria/RS, onde foi compartilhada a preocupação de desenvolver uma pesquisa de campo que avançasse no caminho já percorrido no município de Nova Palma/RS.

Assim, o desenvolvimento desse estudo visou contribuir para que o cuidado oferecido aos trabalhadores rurais expostos a agrotóxicos seja organizado pela equipe de saúde, de forma a contemplar tal especificidade, por intermédio da atenção integral a saúde. Além disso, contribuir para que gestores, trabalhadores de saúde e pesquisadores possam assentar suas práticas em pesquisas que revelam as especificidades e os agravos decorrentes de atividades que expõem os trabalhadores rurais ao uso de agrotóxicos.

Para isso, a pesquisa foi orientada pelos seguintes objetivos:

1.1 Objetivos

- Compreender como é organizado o cuidado prestado pela equipe de Estratégia de Saúde da Família a trabalhadores rurais expostos a agrotóxicos;
- Descrever as peculiaridades do trabalho e do trabalhador rural;
- Identificar as ações de saúde realizadas pelas equipes ESF com trabalhadores rurais, bem como com aqueles trabalhadores expostos a agrotóxicos.

A seguir, serão descritas a fundamentação teórica, a trajetória metodológica e os resultados da pesquisa os quais serão apresentados no formato de artigos.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Este capítulo apresenta alguns tópicos que tem como objetivo darem sustentação ao estudo da temática proposta, quais sejam: a construção do Sistema Único de Saúde e Trabalho, Trabalhador Rural e Saúde do Trabalhador.

2.1 Construção do Sistema Único de Saúde

O SUS emergiu do movimento sanitário, o qual mobilizou a sociedade brasileira para propor novas políticas e novos modelos de organização do sistema, serviços e práticas de saúde, culminando com a Reforma Sanitária Brasileira. Em 1986, técnicos, gestores de saúde e usuários reuniram-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) para discutir a reforma do sistema de saúde. Esta CNS foi um marco para as políticas de saúde do país, pois, pela primeira vez, técnicos e comunidade participaram da discussão de uma política setorial (VASCONCELOS; PASCHE, 2006; BAPTISTA, 2005).

A busca por um sistema de saúde mais igualitário fez com que em 1988, com a Constituição Federal, a saúde passasse a ser um direito do cidadão e dever do Estado brasileiro, o que é reafirmado pela lei 8080 de 1990 que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS). A partir daí, as ações de saúde são desenvolvidas de acordo com as diretrizes previstas no Art.198 da Constituição Federal. Os níveis de atenção à saúde são representados pela promoção, proteção e recuperação da saúde, nos quais deve ser sempre priorizado o caráter preventivo (BRASIL, 1988).

No campo da saúde estes eventos significaram a possibilidade de transformação na organização dos serviços, que antes do SUS, diferenciava os indivíduos em indigentes e segurados da Previdência Social. Houve diminuição na diferença de atendimento entre moradores do campo e da cidade e entre as diferentes regiões do País, pois estas diferenças de acesso às ações e serviços de saúde decorriam da desigual distribuição de recursos físicos, financeiros e humanos (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

Dessa forma, com a implantação e regulamentação do SUS as ações de saúde passam a ser desempenhadas com base nas necessidades da população e não apenas para os indivíduos que dispunham de convênios de saúde ou de condições para garantir atendimento particular. Com este novo sistema, o requisito para ter acesso a serviços de saúde é ser cidadão.

Nessa perspectiva, na segunda metade da década de 90, a política de saúde no Brasil apresentou importante e significativa mudança. Depois de vários anos de privilégio para a atenção hospitalar e a busca de mecanismos financeiros que viabilizassem o pagamento de serviços prestados por hospitais contratados pelo SUS, a atenção básica passou a ser área de concentração de esforços, programas e investimentos com a criação de incentivos financeiros federais calculados e transferidos em base per capita (BRASIL, 2005).

Assim, a reorganização do sistema de saúde brasileiro deu origem a estratégias e programas de intervenção, dentre eles o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991 e o Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, ressaltando-se que a concepção de atenção básica supera a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença.

Em setembro de 1994, foi divulgado pelo Ministério da Saúde o primeiro documento sobre o PSF, definindo o convênio entre o Ministério da Saúde, estados e municípios, com o mecanismo de financiamento, exigências de contrapartidas e critérios de seleção de municípios. Para assinatura do convênio, era exigido que estivessem em funcionamento tanto o Conselho Municipal de Saúde quanto o Fundo Municipal de Saúde (BRASIL, 2005).

Nesse período, o PSF não representava uma proposta de substituição do PACS e sua implantação privilegiava áreas de maior risco social, ou seja, inicialmente a população residente nas localidades delimitadas no Mapa da Fome do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e, posteriormente, municípios inseridos no Programa Comunidade Solidária ou no Programa de Redução da Mortalidade Infantil (BRASIL, 2005).

Para Andrade, Barreto e Bezerra (2006), o PSF não foi implantado somente para organizar a atenção básica temporariamente mas, essencialmente, para estruturar o sistema público de saúde uma vez que houve redirecionamento das prioridades de ação em saúde, reafirmação de uma nova filosofia de atenção a saúde e consolidação dos princípios organizativos do SUS. Dessa forma, o mais apropriado é referir-se ao PSF como estratégia de saúde e não apenas como um programa setorial de saúde.

Nesse sentido, a Política Nacional de Atenção Básica aprovada pela Portaria nº 648 de março de 2006, tem a ESF como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do SUS. A Saúde da Família foi criada com o propósito de orientar a organização da atenção básica no Brasil com vistas à garantia dos princípios de territorialização, longitudinalidade no cuidado, intersetorialidade, descentralização, co-responsabilização e equidade (BRASIL, 2008).

Conforme a Portaria nº 648/06, a atenção básica considera o indivíduo em sua singularidade, complexidade, integralidade, na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção, o tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2007).

Os serviços de saúde que funcionam no âmbito da atenção básica configuram-se como porta de entrada preferencial do sistema de saúde. Atuam mediante território adscrito, de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada e devem articular as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho interdisciplinar e em equipe e coordenação do cuidado na rede de serviços (BRASIL, 2007).

Nesse contexto insere-se a ESF, a qual é vista como um modelo simples e complexo. É simples pelo entendimento de que o Ministério da Saúde predefine ações, estratégicas e de atenção à demanda, consideradas fáceis de serem realizadas e complexo porque deve responder à necessidades de saúde dos usuários em meio a certos limites e porque requer novos saberes para efetivar a prática projetada (SOUZA; MANDÚ, 2010).

A equipe da ESF é composta por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis ou mais agentes comunitários de saúde (ACS). A equipe multiprofissional é responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os profissionais. Quanto ao ACS, cada um se responsabiliza por, no máximo, 750 pessoas, sendo possível até 12 ACS por equipe de Saúde da Família (BRASIL, 2008; 2007).

No que tange ao processo de trabalho das equipes, destaca-se que este deve ser organizado mediante cadastramento domiciliar das famílias, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população. Além disso, deve desenvolver ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a manutenção de doenças e danos evitáveis (BRASIL, 2007).

Assim sendo, a ESF deve pautar suas ações de cuidado à família/indivíduo na perspectiva da integralidade, o que contribui para mudanças expressivas na reorganização da atenção básica. A integralidade pode ser compreendida como um foco para o arranjo do processo de trabalho no cotidiano dos serviços de saúde que necessitam conhecer as necessidades de saúde da comunidade onde atuam. O modo como os trabalhadores se articulam em relação às

suas práticas, influencia diretamente na integralidade da atenção oferecida aos usuários (KANTORSKI, et al., 2009).

Para o desenvolvimento de ações de saúde na perspectiva da integralidade, faz-se necessária uma aproximação integral entre os sujeitos que prestam o cuidado. Na proposta de Saúde da Família, o trabalho em equipe constitui uma prática em que a comunicação e a interação entre os profissionais devem fazer parte do exercício cotidiano do trabalho (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

Assim, a abordagem integral dos indivíduos e famílias é facilitada pela soma de olhares dos distintos profissionais que compõem as equipes interdisciplinares, os quais se fundamentam no conhecimento sobre o trabalho do outro e na valorização das contribuições deste na produção de cuidados. Dessa maneira, pode-se obter um maior impacto sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004; ARAÚJO; ROCHA, 2007).

A articulação das ações ocorre no momento em que os diferentes profissionais da equipe evidenciam conexões entre os diferentes trabalhos. A articulação evidencia-se nas situações em que os profissionais promovem troca de ideias e informações sobre o trabalho, discussão de casos e tomada de decisões em equipe, utilizando as diferentes competências e funções para a busca conjunta de resolução para os problemas de saúde dos usuários (COLOMÉ; LIMA; DAVIS, 2008).

Portanto, o trabalho desenvolvido no âmbito da Estratégia de Saúde da Família, baseia-se na premissa do trabalho em equipe na organização do cuidado integral às necessidades das famílias e indivíduos atendidos pelo serviço. Com este intuito recomenda-se a constituição de equipes multiprofissionais para execução de ações interdisciplinares e intersetoriais.

2.2 Trabalho, Trabalhador Rural e Saúde do Trabalhador

O trabalho é um processo entre homem e natureza em que o homem, por meio de sua própria ação, media, regula e controla a transformação da natureza. O homem executa o trabalho, colocando em movimento as forças naturais pertencentes a sua corporalidade, braços e pernas, cabeça e mão, a fim de apropriar-se da matéria natural numa forma útil para sua própria vida, ao passo que modifica sua própria natureza (MARX, 1983). O sujeito envolvido nesse processo pode ser chamado de trabalhador.

A concepção de saúde do trabalhador emergiu no contexto da Reforma sanitária com o objetivo de contrapor aos modelos hegemônicos das práticas de intervenção e regulação das relações saúde-trabalho da Medicina do Trabalho, Engenharia de Segurança e Saúde Ocupacional. A característica que diferencia a Saúde do Trabalhador em seu modelo teórico, é a afirmação do trabalhador como sujeito ativo do processo de saúde-doença e não simplesmente, como objeto da atenção à saúde, tal como é tomado pela Saúde Ocupacional e pela Medicina do Trabalho (NARDI, 1997).

Além desse fato, trata-se da construção de um saber e de uma prática interdisciplinares que se diferenciem de má ação centrada no conhecimento médico e nos saberes divididos em compartimentos (Engenharia, Psicologia, Medicina, Enfermagem, Serviço Social, etc.) na forma de uma equipe de técnicos das várias profissões que não estabelece uma interlocução como, tradicionalmente, tem-se dado na Medicina do Trabalho e na Saúde Ocupacional, respectivamente (NARDI, 1997).

Para a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (2004, p.4), são considerados trabalhadores,

“(...) todos os homens e mulheres que exercem atividades para sustento próprio e/ou de seus dependentes, qualquer que seja sua forma de inserção no mercado de trabalho, no setor formal ou informal da economia. Estão incluídos nesse grupo todos os indivíduos que trabalharam ou trabalham como: empregados assalariados; trabalhadores domésticos; avulsos; rurais; autônomos; temporários; servidores públicos; trabalhadores em cooperativas e empregadores, particularmente os proprietários de micro e pequenas unidades de produção e serviços, entre outros. Também são considerados trabalhadores aqueles que exercem atividades não remuneradas, participando de atividades econômicas na unidade domiciliar; o aprendiz ou estagiário e aqueles temporária ou definitivamente afastados do mercado de trabalho por doença, aposentadoria ou desemprego.”

A partir dessa definição, no presente estudo salienta-se o trabalho/trabalhador no meio rural. Como diferença fundamental entre o espaço urbano e o rural, cita-se a ocupação ou profissão predominante no meio, relacionada à agricultura e às ocupações de colheita, enquanto base da economia rural (SCHWARTZ; LANGE; MEINCKE, 2001).

Assim, para fins deste estudo serão considerados trabalhadores rurais, homens e mulheres que trabalham com pecuária ou com agricultura sendo proprietário(a), familiar do(a) proprietário(a), arrendatário(a), meeiro(a), empregado(a), diarista ou empregado(a) temporário(a), enfatizando a exposição desse trabalhador aos agrotóxicos.

O uso dos agrotóxicos na agricultura iniciou na década de 1920, época em que eram pouco conhecidos do ponto de vista toxicológico. Na Segunda Guerra Mundial (1939 a 1945)

foram utilizados como arma química, tendo seu uso se expandido desde então. No Brasil, foram primeiramente utilizados em programas de saúde pública, no combate de vetores e de parasitas, passando a ser utilizados mais intensivamente na agricultura a partir da década de 1960 (BRASIL,1997).

Em 1975, o Plano Nacional de Desenvolvimento (PND), responsável pela abertura do Brasil ao comércio de agrotóxicos, condiciona o agricultor a comprar o veneno com recursos do crédito rural, ao instituir a inclusão de uma cota definida de agrotóxico para cada financiamento requerido. Desse modo, os agrotóxicos foram introduzidos na agricultura brasileira como tentativa de corrigir as necessidades do solo e prevenir ou eliminar as pragas prejudiciais a produtividade. Com o aumento da produtividade, buscava-se elevar a eficiência econômica da produção rural. Essas circunstâncias tornaram o Brasil um dos maiores consumidores de agrotóxicos do mundo, no qual só no setor agrícola, cerca de 12 milhões de trabalhadores rurais são expostos diariamente aos agrotóxicos (BRASIL, 1997; VEIGA, 2007).

O termo agrotóxico ao invés de defensivo agrícola, passou a ser utilizado no Brasil a partir da Constituição Federal de 1988, após a mobilização da sociedade civil organizada. Além da mudança da terminologia, esse termo coloca em evidência a toxicidade desses produtos ao meio ambiente e à saúde humana (FUNASA, 1998; INCA, 2010).

Conforme o artigo 1º, inciso IV do Decreto Federal nº 4.074, de 04 de janeiro de 2002, o qual regulamenta a Lei Federal nº 7.802, de 11 de julho de 1989, o termo agrotóxico pode ser definido como:

produtos e agentes de processos físicos, químicos ou biológicos, destinados ao uso nos setores de produção, no armazenamento e beneficiamento de produtos agrícolas, nas pastagens, na proteção de florestas, nativas ou plantadas, e de outros ecossistemas e de ambientes urbanos, hídricos e industriais, cuja finalidade seja alterar a composição da flora ou da fauna, a fim de preservá-las da ação danosa de seres vivos considerados nocivos, bem como as substâncias e produtos empregados como desfolhantes, desseccantes, estimuladores e inibidores de crescimento. (pag. 1)

Quanto ao tipo de ação, os agrotóxicos são classificados em *inseticidas*, que servem para o controle de insetos, larvas e formigas; *fungicidas* para o combate aos fungos e *herbicidas* usados para combater ervas daninhas. Entre os agricultores, a exposição aos agrotóxicos pode ocorrer por meio da manipulação direta, no preparo das caldas para aplicação onde o produto entra em contato com a pele ou é inalado; através do armazenamento inadequado, do aproveitamento das embalagens, da contaminação da água e do contato com roupas contaminadas (INCA, 2010).

Os agrotóxicos atuam sobre processos vitais e por isso têm grande parte dos seus efeitos negativos agindo diretamente sobre a saúde humana. O trabalhador rural por estar diretamente e por vezes, diariamente, exposto aos riscos associados a este processo são os maiores afetados (VEIGA, 2007).

Os agrotóxicos são agentes químicos que determinam uma série de efeitos nocivos à saúde humana. De acordo com a classe química a que esses produtos pertencem e o tipo de exposição, podem causar desde dermatites até alguns tipos de cânceres. Os inseticidas da classe dos organofosforados, bem como os carbamatos, atuam no organismo humano inibindo uma enzima denominada acetilcolinesterase. Essa enzima atua na degradação da acetilcolina, um neurotransmissor responsável pela transmissão dos impulsos no sistema nervoso (central e periférico). Uma vez inibida, essa enzima não consegue degradar a acetilcolina, ocasionando um distúrbio chamado de “crise colinérgica”, principal responsável pelos sintomas observados nos eventos de intoxicação aguda por esses produtos (PERES; MOREIRA, 2003).

Vários distúrbios do sistema nervoso foram associados à exposição aos agrotóxicos organofosforados, principalmente aqueles ligados à neurotoxicidade destes produtos, observados através de efeitos neurológicos retardados. Os inseticidas da classe dos organoclorados são agentes químicos que têm a capacidade de se acumular nas células gordurosas do organismo humano e de outros animais, o que pode vir a determinar uma série de efeitos indesejados à saúde. Além disso, os organoclorados são muito estáveis e podem persistir nos organismos e no ambiente por mais de trinta anos. Apesar de proibidos há mais de vinte anos, alguns agentes organoclorados como o DDT, ainda são utilizados na agricultura. Desde a década de 90, diversos estudos vêm apontando a possível relação entre a exposição ambiental e ocupacional a agrotóxicos organoclorados e o desenvolvimento de alguns tipos de câncer, como os cânceres de mama, pulmão, estômago, pâncreas e próstata (PERES; MOREIRA, 2007).

Estes efeitos sobre a saúde humana podem ser divididos em agudos e crônicos. Os efeitos agudos (intoxicação aguda) aparecem algumas horas após a exposição excessiva e por curto período aos produtos tóxicos e se manifestam por espasmos musculares, convulsões, náuseas, desmaios, vômitos, diarreias e dificuldades respiratórias. Estes sinais e sintomas são facilmente reconhecidos, o diagnóstico é mais simples de ser estabelecido e o tratamento melhor definido (VEIGA, 2007; INCA, 2010).

Os efeitos crônicos (intoxicação crônica) são percebidos semanas, meses ou anos após o contato com agrotóxicos sendo, muitas vezes, difíceis de serem relacionados ao verdadeiro agente causador. Caracterizam-se por pequenas exposições a um produto ou a múltiplos

produtos, podendo acarretar danos irreversíveis como distúrbios neurológicos e câncer (VEIGA, 2007; INCA, 2010).

Em geral, esses efeitos são condicionados por fatores relacionados ao uso inadequado dessas substâncias, a alta toxicidade de certos produtos, a falta de utilização de equipamentos de proteção e a precariedade dos mecanismos de vigilância. Soma-se a isso, o baixo nível socioeconômico e cultural da grande maioria dos trabalhadores rurais (OLIVEIRA-SILVA et al., 2001).

Na realidade brasileira, a principal causa de intoxicação é o uso inadequado de medicamentos, seguida da segunda principal causa que é intoxicação por agrotóxicos. Entretanto, a morte dos intoxicados ocorre com maior incidência entre os que tiveram contato com agrotóxicos. No ano de 2007 houve a notificação de 9.670 casos de intoxicação por agrotóxicos, respondendo por cerca de 8,7% do total de intoxicações notificadas (RIBAS; MATSUMURA, 2009; INCA, 2010).

Além dos efeitos ocasionados diretamente na saúde humana, os agrotóxicos trazem uma série de consequências e modificações para o ambiente, tanto pela contaminação das comunidades de seres vivos que o compõe, quanto pela sua acumulação nos segmentos bióticos e abióticos do ecossistema como a biota, a água, o ar e o solo (RIBAS; MATSUMURA, 2009).

Os agrotóxicos somente deverão chegar aos trabalhadores rurais para uso e conseqüentemente lançados no meio ambiente se previamente forem autorizados pelos profissionais das áreas agrônômicas ou florestais. Estes profissionais são responsáveis pela emissão do receituário agrônômico, o qual tem por objetivo a utilização correta do agrotóxico para minimizar o risco e evitar a aplicação desnecessária (PARANÁ (Estado), 2010).

Estes profissionais devem estar cientes da importância da sua função no uso dos agrotóxicos. Neste sentido, o profissional ao fazer o diagnóstico, uma vez que não acompanha a aplicação do produto, deve ir além da verificação do alvo biológico e da cultura alvo da aplicação do agrotóxico, sendo recomendável que ele verifique também o local onde será utilizado o agrotóxico e, principalmente, as condições dos equipamentos de aplicação. Deve ainda estar convencido acerca da capacitação dos usuários e aplicadores (PARANÁ (Estado), 2010).

Frente a isto, a problemática existente no binômio trabalhador rural-agrotóxicos é assunto não só do setor agrícola, preocupado com o consumo destes produtos, mas também do setor saúde, tendo em vista que o processo de trabalho, e agora tratando especificamente do trabalho rural exposto a agrotóxicos, pode ser fator desencadeante de agravos a saúde.

Nesta perspectiva, aponta-se que no Brasil, as políticas de saúde voltadas a população que trabalha e/ou mora no meio rural, teve início em 1910 com a “Liga de Saneamento”, que buscava uma ação social que saneasse a zona rural a fim de constituir um povo saudável, racialmente forte, ao mesmo tempo em que permitia a ocupação do interior do país. Assim, a assistência médica oficial, através da Previdência Social para o trabalhador rural, formalizou-se em 1963, com a Lei do Estatuto do Trabalhador Rural, quando foi criado o Fundo de Assistência e Previdência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL), incorporado, em 1974, ao Instituto Nacional de Assistência Médica E Previdência Social (INAMPS) e, atualmente, ao SUS (SCHWARTZ, 2000).

Nesse sentido, a atenção à saúde dos trabalhadores rurais expostos a agrotóxicos configura-se como uma especificidade, para a qual as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde devem estar orientadas. Destaca-se que, para que além da atenção integral de qualidade e resolutiva, sejam promovidas mudanças no processo de trabalho responsável pelo adoecimento, de modo a permitir que o trabalhador continue atuando sem risco de uma recaída ou agravamento da situação, se tiver condições para tal, ou a evitar que outros venham a adoecer (DIAS, 2006).

O sistema público de saúde no Brasil vem atendendo os trabalhadores ao longo de toda sua existência. Porém, uma prática diferenciada do setor que considera os impactos do trabalho sobre o processo saúde/doença, surgiu apenas no decorrer dos anos 80, passando a ser ação do Sistema Único de Saúde quando a Constituição Brasileira de 1988, na seção que regula o Direito à Saúde, a incluiu no seu artigo 200 (BRASIL, 2001).

Nesse entendimento, as políticas de saúde do trabalhador rural estão sob a responsabilidade do nível local de atenção, bem como dos Ministérios da Saúde, do Trabalho, da Previdência Social e do Meio Ambiente. Nesse cenário, o SUS assume um papel social diferenciado, pois é a única política pública de cobertura universal para o cuidado da saúde dos trabalhadores. Para o desenvolvimento desse cuidado, a atenção à saúde do trabalhador requer uma atuação multiprofissional, intersetorial, inter e transdisciplinar, de maneira a contemplar a complexidade existente na relação trabalho-saúde-doença (DIAS, 2006).

O Ministério da Saúde propõe diretrizes para o cuidado a saúde do trabalhador exposto/intoxicado por agrotóxicos a serem desenvolvidos pelos diferentes níveis de complexidade de atenção, bem como pelos profissionais das equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2006). Assim, é necessário o trabalho em equipe na atenção básica e a articulação desta com os demais serviços da rede de atenção a saúde do trabalhador, incluindo os Centros de

Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), serviços de urgência/emergência e da rede hospitalar, Centros de Informações Toxicológicas (CIAT) e serviços de vigilância à saúde.

Desse modo, pretende-se o fortalecimento da integralidade no cuidado em saúde, no qual os profissionais reconhecem o sujeito pleno que traz, além do problema de saúde, uma subjetividade, uma história de vida, as quais também são determinantes de seu processo de saúde/doença. Para isso, o processo de trabalho em saúde deve centrar-se nas tecnologias leves (tecnologias das relações) e tecnologias leve-duras (conhecimento técnico) e não apenas nas tecnologias duras (inscritas em máquinas e instrumentos) para que, de fato, seja produtor de cuidado (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2007; MERHY, 1997).

Portanto, o cuidado acima referido não é entendido como um nível de atenção do sistema nem como um procedimento simplificado, mas como uma ação integral que tem significados e sentidos voltados para a compreensão de saúde como direito de ser (PINHEIRO; FERLA; SILVA JUNIOR, 2004).

Nesse contexto, a institucionalização dos saberes pelos profissionais de saúde e sua organização em práticas acontecem mediante a conformação de núcleos e de campos. O núcleo é considerado como uma aglutinação de conhecimentos em um saber e como a conformação de um determinado padrão concreto de compromisso com a produção de valores de uso. O núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional. O campo consiste em um espaço de limites imprecisos no qual cada disciplina ou profissão busca apoio em outras para cumprir suas tarefas teóricas e práticas (CAMPOS, 2000).

Frente ao preconizado pelo SUS e sustentado por estudiosos do campo da saúde coletiva, a concepção de cuidado considerada no presente estudo é aquela no qual o encontro entre profissional de saúde e usuário (trabalhador rural) não se limite a prescrição e execução da mesma, para alívio dos sinais e sintomas aparentes mas que, além disso, tenha a implementação de ações para prevenção de novos eventos, recuperação e promoção da saúde.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Foi desenvolvido um estudo descritivo exploratório conforme a proposta metodológica da abordagem qualitativa. A investigação qualitativa compreende a descrição e a análise da realidade, com as suas diferentes formas de representar as experiências vivenciadas pelas pessoas ou de experienciar um fenômeno. Há uma implicação entre o conhecimento sobre o mundo e os sujeitos que o constroem, numa relação dinâmica entre o sujeito e o objeto. Logo, a interpretação do fenômeno, atribuindo-lhe significados, é parte integrante do processo de conhecimento tanto do pesquisador como dos atores (LEOPARDI, 2001; MINAYO, 2007).

A pesquisa qualitativa se interessa pelos significados resultantes da ação humana objetiva apreendidos no cotidiano, da experiência e da explicação das pessoas que vivenciam determinado fenômeno. Com isso, requer atitudes fundamentais como a abertura, a flexibilidade, a capacidade de observação e de interação com o grupo de investigadores e sujeitos envolvidos (MINAYO, 2007).

Trata-se de uma atividade da ciência que busca a construção da realidade, trabalhando também com as relações. Assim, verifica-se a relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, ou seja, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito (MINAYO, 2003).

3.1 Cenário da pesquisa

A pesquisa foi realizada no município de Nova Palma, situado na Quarta Colônia de imigração italiana no estado do Rio Grande do Sul. Geograficamente, localiza-se na região central do estado e tem a sede incrustada na Serra Geral onde inicia o planalto brasileiro, área cercada de morros. O município tem como vias de acesso a RS 149 e a RS 287 e está distante 282 km de Porto Alegre e 70 km de Santa Maria.

Possui uma população de 6.342 habitantes, sendo que destes 48,6% reside na área urbana e 51,4% na área rural. As propriedades rurais do município caracterizam-se pela agricultura familiar que é aquela em que a família, ao mesmo tempo que é proprietária dos meios de produção, assume o trabalho no estabelecimento produtivo (WANDERLEY, 1999).

A economia do município é baseada em 3 setores: agrícola, com produção de feijão preto, fumo, milho e soja; pecuário, com a criação de bovinos de corte e de leite, ovinos e suínos; industrial, de basalto, movelaria, refrigeração, massas alimentícias, agroindústria de cereais e produtos coloniais (IBGE, 2010).

A instalação do município de Nova Palma se deu a 28 de janeiro de 1961. Possui uma área de 342,40 Km² e cobertura florestal de 141,86 Km², esta dividida em três distritos: o da sede-Nova Palma e dos distritos de Caemborá e Vila Cruz, possuindo ainda, cerca de 1000 Km de extensão em estradas municipais. Inicialmente o território pertenceu ao município de Rio Pardo, depois Cachoeira do Sul, seguida de São Martinho e finalmente a 14 de setembro de 1891 passa a pertencer ao município de Júlio de Castilhos, como seu quinto distrito (IBGE, 2010).

A 08 de abril de 1913, o Decreto Intendencial número 02, de Júlio de Castilhos, torna oficial o nome "Nova Palma". Denominação sugerida aos líderes locais, pela quantidade de coqueiros e palmeiras que aqui existiam. A 29 de julho de 1960, a Lei Estadual 3.933, cria o município de Nova Palma, após plebiscito vitorioso (IBGE, 2010).

A escolha deste município deve-se ao fato de o mesmo já estar sendo cenário de pesquisa do Instituto Nacional de Câncer- INCA, vindo ao encontro do que se pretende com esta pesquisa, que é aproximar a academia e o serviço de saúde. Nesse viés, salienta-se que esta proposta de pesquisa foi delineada a partir de discussões entre mestrandas, professora orientadora, coordenação do Cerest – regional Santa Maria e equipe técnica da pesquisa "Estudo da prevalência de câncer de pele e lesões precursoras em residentes de municípios agricultores – projeto piloto" do Instituto Nacional de Câncer em encontro realizado no mês de julho de 2011 no Cerest- regional Santa Maria.

3.2 Participantes da pesquisa

As equipes de ESF são denominadas por ESF 01, ESF 02 e ESF 03, sendo que a ESF 01 é composta por 04 microáreas e atende 371 famílias totalizando 1.211 pessoas. Esta ESF situa-se na área rural do município, onde os profissionais atendem na unidade de saúde da comunidade do Caemborá e de Vila Cruz. A ESF 02 possui 07 microáreas e é responsável por outra parte da área rural, atendendo 530 famílias e abrangendo 2.043 pessoas.

Já a ESF 03 é dividida em 06 microáreas, sendo responsável por 3.377 pessoas distribuídas em 1.129 famílias. As equipes das ESF 02 e 03 atendem no mesmo espaço físico localizado no centro da cidade. As ESF 01, 02 e 03 foram implementadas no ano de 2004, 2005 e 2006 respectivamente. Assim, o município conta com 26 profissionais de saúde que trabalham na ESF, sendo incluindo 03 enfermeiros, 03 médicos, 03 técnicos em enfermagem e 17 agentes comunitários de saúde.

Dessa forma, participaram do estudo 15 profissionais de saúde da equipe da Estratégia de Saúde da Família, incluindo os 03 enfermeiros, os 03 médicos, os 03 técnicos em enfermagem

e 06 agentes comunitários de saúde, atuantes nas 03 equipes de ESF existentes no município. A escolha dos ACS foi por sorteio tendo pelo menos um representante de cada equipe.

Como critérios de inclusão dos participantes elegeram-se: estar atuando nas equipes de saúde da família há, pelo menos, três meses e como critério de exclusão estar em férias ou em licença de qualquer natureza no período de coleta dos dados.

3.3 Técnicas de coleta de dados

O período de coleta de dados compreendeu os meses de fevereiro a agosto de 2012. Para coletar os dados foram empregadas observação não participante (APÊNDICE A) e entrevista semi-estruturada (APÊNDICE B).

A observação não participante caracteriza-se por ocorrer nas situações em que o pesquisador assume uma postura de espectador dos eventos observados ou do cotidiano dos grupos observados, sem participar ativamente do cotidiano que marca a realidade investigada. É necessário que o observador esteja apoiado em conceitos que imprimam sentido ao que vê, ao que ouve, ao que sente (LIMA, 2008).

O observador científico deve colocar-se sob o ponto de vista do grupo pesquisado, com respeito e empatia. Isso significa estar aberto para o grupo, ter sensibilidade para sua lógica e cultura e não negar que a interação social faz parte da condição e da situação de pesquisa (MINAYO, 2007).

Na presente pesquisa, foi realizada observação não participante da dinâmica de trabalho que permeia o atendimento ao trabalhador rural, desde sua chegada à unidade até o efetivo atendimento pelo profissional.

As observações foram realizadas por um período de 06 dias, com um tempo médio de observação por dia de 4 horas, totalizando um tempo contínuo de observação de 24 horas.

Um diário de observação foi elaborado mediante as orientações de Lima (2008), que refere que jamais se deve confiar na memória, pois ela tende a ser seletiva e privilegiar aquilo que interessa se associando às convicções iniciais do pesquisador.

Assim, as anotações no diário foram feitas imediatamente após o momento da observação e não durante a realização da mesma. Para proceder às observações, a pesquisadora fez um processo de aculturação, buscando aproximar-se dos profissionais de saúde, dos usuários do serviço e da rotina do ambiente.

A permanência na recepção da unidade como observadora durante algum tempo permitiu perceber a “invisibilidade” que as pessoas adquirem por estar naquele lugar. Enquanto ficava sentada junto com as pessoas que esperavam por atendimento, a pesquisadora não foi percebida por muitos dos profissionais de saúde que transitavam na unidade, e aqueles que percebiam a presença ficavam surpreendidos e curiosos para saber o que fazia ali. Alguns até ofereciam uma sala para que a pesquisadora ficasse mais bem acomodada e questionavam se de fato era necessária a permanência naquele local. Tais atitudes podem justificar e ajudar a entender porque ainda hoje se vê um modelo de atenção tão distante das pessoas e da realidade delas.

As políticas de saúde primam para que o sistema de saúde se aproxime das pessoas, mas os profissionais de saúde talvez não estejam sendo preparados para isso. Os dados obtidos por meio da observação não participante estão presentes na seção dos resultados e discussão em caráter complementar aos dados obtidos nas entrevistas semi-estruturadas.

Os participantes foram contatados pessoalmente pela pesquisadora mestranda a qual explicou os objetivos da pesquisa, bem como acordou o melhor horário para realização da entrevista. Todas as entrevistas foram feitas nas unidades de saúde em horário de expediente. Foi solicitada, aos participantes, a autorização para gravação da entrevista, tendo em vista a reprodução fiel das conversas na forma de texto. Após foram transcritas na sua totalidade, para que fossem analisadas.

A entrevista semi-estruturada consiste em um roteiro que explica, da forma mais abrangente possível, as questões que o pesquisador quer abordar no campo. Essas questões são construídas a partir de suas suposições ou pressupostos, decorrentes da definição do objeto de pesquisa. Esse tipo de entrevista, por não ser totalmente aberta, permite ser conduzido por algumas questões previamente definidas (MINAYO, 2007).

Para o bom êxito desse procedimento, o pesquisador necessita estar ciente de que nem todas as perguntas elaboradas, necessariamente, serão utilizadas. Destaca-se que durante a realização da entrevista, outras questões podem ser inseridas, de acordo com o desenvolvimento do diálogo realizado com os sujeitos da pesquisa.

Dessa forma, a entrevista delineada para a presente pesquisa não apresentou perguntas específicas, mas um conjunto de tópicos (MINAYO, 2007) que funcionaram como um lembrete para o pesquisador, no sentido de monitorar o andamento da entrevista (GASKELL, 2008).

3.4 Método de análise dos dados

A análise dos dados das entrevistas e observações ocorreu por meio da análise temática. A análise temática é uma das várias modalidades de análise de conteúdo propostas por Minayo (2007), a qual coloca que os dados são analisados tendo o tema como núcleo de sentido, por meio do qual será classificado o material, e cuja frequência ou presença tem um significado para o objeto analítico.

Portanto, para essa autora, a análise temática é constituída por três etapas: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados obtidos e interpretação:

- **Pré-análise:** nessa etapa os objetivos iniciais da pesquisa foram retomados, de forma a elaborar indicadores para a orientação da análise. A seguir, houve o contato direto e intenso com o material de campo, por meio de leitura flutuante das transcrições, destacando elementos com a finalidade de identificar as unidades de registro (palavras-chave). Assim, o material foi organizado de forma que atendesse às normas de validade qualitativa: exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência.
- **Exploração do material:** nessa etapa foram encontradas categorias, isto é, palavras ou expressões significativas das falas. Foram feitos recortes das entrevistas, agrupando-as de acordo com sua semelhança. Posteriormente, os dados foram classificados, agregados e foram escolhidas categorias empíricas responsáveis pela especificação do tema.
- **Tratamento dos resultados obtidos e interpretação:** nessa etapa, foram realizadas interpretações retomando-se o referencial teórico e realizando as análises pertinentes.

Assim sendo, na análise de conteúdo, o texto é um meio de expressão do sujeito, no qual o analista busca categorizar as unidades de texto (palavras ou frases) que se repetem, inferindo uma expressão que as representem.

A análise de conteúdo trabalha com o conteúdo, ou seja, com a materialidade lingüística através das condições empíricas do texto, estabelecendo categorias para sua interpretação (CAREGNATO; MUTTI, 2006).

Operacionalmente a metodologia proposta por Minayo (2007), baseou-se em leituras exaustivas e construção de quadros sinóticos. Depois de transcritas as entrevistas foram lidas e quando a pesquisadora sentiu-se impregnada dos dados ali existentes, passou a construção de um quadro sinótico composto por duas colunas. Na primeira coluna, foi colocado o trecho da fala do entrevistado e na coluna ao lado, a interpretação da pesquisadora sobre o trecho lido.

Este quadro foi lido de forma exaustiva até que fosse possível iniciar o agrupamento dos dados. Assim, foi composto um segundo quadro com as pré-categorias. Neste quadro, abaixo do nome da pré-categoria havia o nome do entrevistado, a interpretação da pesquisadora e alguns trechos de fala representativos de tal interpretação.

Após leitura deste segundo quadro, foi possível agrupar algumas pré-categorias, e excluir outras. Posterior a esse processo, obteve-se um quarto quadro, no qual as categorias começavam a ser definidas. Salienta-se que esta sucessão de quadros sinópticos ocorreu por necessidade de a pesquisadora apreender os dados, à medida que fosse amadurecendo intelectualmente para a análise. Faz-se a ressalva de que não foram definidas categorias a partir da análise do diário de campo das observações. Estes dados foram lidos exaustivamente e aproximados dos discursos contidos nas entrevistas, confirmando-os ou refutando-os.

3.5 Aspectos éticos

Os critérios éticos foram relevantes para desenvolver esse estudo, visando não correr o risco de não atender integralmente a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). A partir do consentimento livre e esclarecido dos sujeitos da pesquisa (APÊNDICE C), da ciência de que se tratava de uma pesquisa científica, com garantia de sigilo e o anonimato dos sujeitos, a pesquisa pode ser realizada adequadamente.

O projeto de pesquisa foi submetido à avaliação da Secretaria Municipal de Saúde de Nova Palma, RS, para obtenção do Termo de Aceite de Pesquisa (APÊNDICE D) e foi encaminhado também o Termo de Confidencialidade (APÊNDICE E). Após a obtenção destes instrumentos, a pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, no qual está registrado sob o nº 0348.0.243.000-11 (APÊNDICE F).

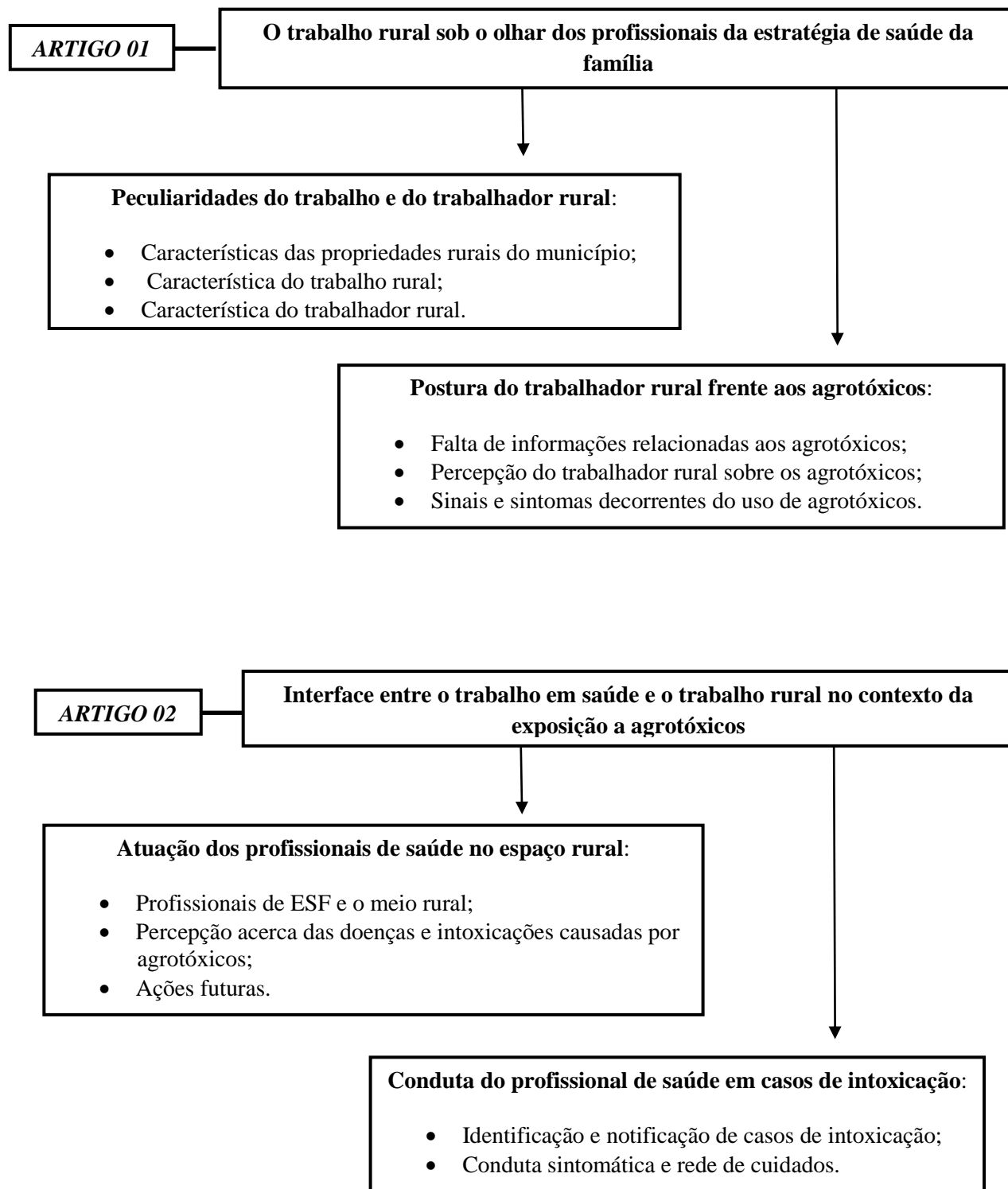
Aos participantes da pesquisa foi disponibilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C) em duas vias de igual teor, sendo uma ficando com a pesquisadora e outra com o participante. Na seção dos resultados, os trechos das entrevistas foram identificados pela inicial da categoria profissional do participante, seguida do número correspondente à ordem de realização das mesmas.

As informações colhidas foram utilizadas para execução do presente projeto, bem como para a construção de um banco de dados para outras pesquisas. Assim sendo, os dados da pesquisa somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas na sala 1305B do

Departamento de Enfermagem, no Centro de Ciências da Saúde, prédio 26, no Campus da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), por um período de 05 anos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O esquema abaixo representa a organização dos artigos com suas respectivas categorias e subcategorias.



ARTIGO 1

**4.1 O TRABALHO RURAL SOB O OLHAR DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

O TRABALHO RURAL SOB O OLHAR DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Resumo: Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, do tipo exploratório-descritivo desenvolvido com 15 profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família do município de Nova Palma/RS. O objetivo deste estudo foi descrever as peculiaridades do trabalho e dos trabalhadores rurais do município de Nova Palma- RS. Para coleta de dados foram empregadas a observação não participante e a entrevista semi-estruturada. As categorias elaboradas foram: peculiaridades do trabalho e do trabalhador rural, dividida nas subcategorias: característica das propriedades rurais do município, do trabalho rural e do trabalhador rural. A segunda categoria é postura do trabalhador rural frente aos agrotóxicos, que é composta pelas subcategorias: falta de informações relacionadas aos agrotóxicos, percepção do trabalhador rural sobre os agrotóxicos e sinais e sintomas decorrentes do uso de agrotóxicos. O sistema de produção agrícola mundial utiliza agrotóxicos de forma maciça e no Brasil não é diferente, o que vem acontecendo há cerca de 40 anos. Portanto, os investimentos devem ter foco na informação e orientação quanto aos riscos agregados ao seu uso e não na tentativa de bani-los do dia a dia do meio rural. Ressalta-se a importância do desenvolvimento de ações integradas entre saúde e agricultura, de modo que o setor saúde compreenda os aspectos positivos do uso de agrotóxicos para a melhoria da produção, bem como o setor agrícola considere que, para que as lavouras produzam adequadamente, precisam de trabalhadores hábeis capazes de cultivá-las.

Palavras-chave: Trabalhadores Rurais. Agrotóxicos. Saúde da Família.

INTRODUÇÃO

O trabalho é um processo entre homem e natureza que pode ser conceituado como a aplicação das forças e faculdades humanas para alcançar um determinado fim. É uma atividade coordenada, de caráter físico ou intelectual, necessária à realização de qualquer tarefa, serviço ou empreendimento (GELBCKE, 2001). Dessa forma, diferentes cenários se prestam ao desenvolvimento do trabalho humano, a exemplo do cenário urbano e rural. Em ambos, o homem encontra espaço para realização do trabalho, e os recursos disponíveis nestes cenários dão o tom ao nível de exigência de quem o realiza.

Ao tomar o trabalho rural para discussão, vê-se que a ele é atribuída uma imagem que oportuniza liberdade no qual o trabalhador é livre para fazer escolhas já que, muitas vezes, não tem patrão nem horário, embora exerça um ofício que exige dedicação, trabalho árduo e conhecimento. A sobrecarga de trabalho, associada às condições materiais, expõem o trabalhador rural a uma violência que, sutilmente, os atinge, a qual é sobreposta pelo cansaço e pela dor (SCHLINDWEIN, 2010).

A história da atividade rural no Brasil se confunde com a própria história brasileira. A ocupação e exploração feitas pela corte portuguesa têm início com a extração da madeira, particularmente o pau-brasil para exportação. Até os dias atuais a exportação ilegal de madeira

da Amazônia e o plantio da soja geneticamente modificada geram discussões no âmbito econômico, social, ético e moral. Dessa forma, tem-se como atividade rural no Brasil a lavoura, a pecuária, o extrativismo florestal e a pesca artesanal (DIAS, 2006).

Nesse contexto, os trabalhadores rurais estão expostos a agressores mecânicos pelo uso de ferramentas diversas e manuseio de máquinas, tratores, serras elétricas, foices, facões, além de agentes de natureza física, química, e biológica. Salientam-se ainda os fatores próprios da organização do trabalho, com longas jornadas, ciclos de trabalho intensivo, relacionados às distintas fases de produção e relações subalternas que se perpetuam desde os tempos da escravidão (DIAS, 2006).

Dentre os agentes aos quais os trabalhadores rurais estão expostos, cita-se os agrotóxicos que trazem consequências, tanto para o ambiente quanto para a saúde do trabalhador rural. Essas consequências são condicionadas por fatores relacionados ao uso inadequado dessas substâncias, a pressão exercida pela indústria, a alta toxicidade e a precariedade dos mecanismos de vigilância. Soma-se a isso a difícil apropriação, por parte de quem usa, das informações sobre saúde e segurança desses produtos, uma vez que fazem uso de linguagem técnica pouco acessível (PERES; MOREIRA, 2003; SIQUEIRA; KRUSE, 2008).

As especificidades do meio rural estão presentes no cotidiano de trabalho das equipes de Estratégia de Saúde da Família atuantes em municípios com economias centradas na agricultura. Portanto, o cuidado aos trabalhadores rurais requer mudanças nos valores e na postura da equipe de ESF, com ampliação de conhecimentos e habilidades para a promoção da saúde, prevenção e cura de doenças considerando esta realidade (SOUZA; MANDÚ, 2010). Assim, o objetivo deste estudo foi descrever as peculiaridades do trabalho e dos trabalhadores rurais do município de Nova Palma- RS.

PERCURSO METODOLÓGICO

O estudo utilizou a abordagem qualitativa, caracterizando-se como uma pesquisa exploratório-descritiva. O cenário da pesquisa foi o município de Nova Palma, situado na Quarta Colônia de imigração italiana no estado do Rio Grande do Sul, o qual localiza-se na região central do estado. Possui uma população de 6.342 habitantes, sendo que destes 48,6% reside na área urbana e 51,4% na área rural.

As propriedades rurais do município caracterizam-se pela agricultura familiar que é aquela em que a família, ao mesmo tempo que é proprietária dos meios de produção, assume o trabalho no estabelecimento produtivo (WANDERLEY, 1999).

A economia do município é baseada em 3 setores: agrícola, com produção de feijão preto, fumo, milho e soja; pecuário, com a criação de bovinos de corte e de leite, ovinos e suínos; industrial, de basalto, movelaria, refrigeração, massas alimentícias, agroindústria de cereais e produtos coloniais (IBGE, 2010).

Os participantes do estudo foram 15 profissionais de saúde da equipe básica da Estratégia de Saúde da Família, incluindo 03 enfermeiros, 03 médicos, 03 técnicos em enfermagem e 06 agentes comunitários de saúde, atuantes nas 03 equipes de ESF existentes no município. A escolha dos ACS foi por sorteio tendo pelo menos um representante de cada equipe. Como critérios de inclusão dos participantes elegeram-se: estar atuando nas equipes de saúde da família há, pelo menos, três meses e como critério de exclusão estar em férias ou em licença de qualquer natureza no período de coleta dos dados.

O período de coleta de dados compreendeu os meses de fevereiro a agosto de 2012 e para coletar os dados foram empregadas observação não participante e entrevista semi-estruturada. As observações foram realizadas por um período de 06 dias, com um tempo médio de observação por dia de 4 horas, totalizando um tempo contínuo de observação de 24 horas.

Foi solicitada, aos participantes, a autorização para gravação da entrevista, tendo em vista a reprodução fiel das conversas na forma de texto. Após foram transcritas na sua totalidade, para que fossem analisadas.

A análise dos dados das entrevistas e observações ocorreu por meio da análise temática. A análise temática é uma das várias modalidades de análise de conteúdo propostas por Minayo (2007), a qual coloca que os dados são analisados tendo o tema como núcleo de sentido, por meio do qual será classificado o material, e cuja frequência ou presença tem um significado para o objeto analítico.

Após a obtenção destes instrumentos, a pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, no qual está registrado sob o nº 0348.0.243.000-11.

Aos participantes da pesquisa foi disponibilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias de igual teor, sendo uma ficando com a pesquisadora e outra com o participante. Na seção dos resultados, os trechos das entrevistas foram identificados pela inicial

da categoria profissional do participante, seguida do número correspondente à ordem de realização das mesmas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos dados emergiram duas categorias: peculiaridades do trabalho e do trabalhador rural e a postura do trabalhador rural frente aos agrotóxicos.

As subcategorias referentes à categoria peculiaridades do trabalho e do trabalhador rural são: **característica das propriedades rurais do município, do trabalho rural e do trabalhador rural.**

Na subcategoria **característica das propriedades rurais do município** evidenciou-se a predominância de propriedades de terra com pequenas extensões e de terreno acidentado. Esta característica faz com que o trabalhador rural trabalhe de forma excessiva e exaustiva, negligenciando a própria saúde na tentativa de que sua produção se aproxime quantitativamente das propriedades maiores.

[...] aqui não tem grandes extensões de terra, é aquele pouquinho de terra que herdou do pai, que herdou do avô então planta diversas culturas e ali mesmo encontra bastante dificuldade porque o produto é pouco valorizado [...]. (ACS 05)

A gente está acostumado a só ver pessoas trabalhando nesses cerros que tem aqui, não é um lugar plano, não existe lugar plano, então é cerro [...] o trabalho é manual, muitas vezes, porque nem o trator pode ir até essas lavouras. (ENF. 12)

[...] eu vejo bastante na minha área, por ser uma área de pequenos agricultores, parece que a agricultura, ela faz uma competição com a lavoura grande, os pequenos nunca vão conseguir atingir a produção de uma lavoura maior. Então parece que o produtor tem que trabalhar mais, e mais e mais. Então parece que eles perdem um pouco a noção de cuidado mesmo, as vezes a gente vê isso [...] é a necessidade também, a renda deles [...]. (ACS 04)

O trabalhador rural põe em segundo plano a saúde. O primeiro plano para o trabalhador rural é saber quanto que ele vai levar no final do mês. Ele não se preocupa, tu pode ir lá orientar. (ENF. 07)

As cidades apresentam diferentes dimensões e complexidades, sendo elas classificadas em grandes, médias e pequenas cidades. As pequenas cidades diferem das demais pelo pouco fluxo de mercadorias e pessoas, a tranquilidade, a arborização e a pouca extensão do tecido urbano. Estas cidades têm como eixo econômico a agropecuária e um modo de vida rural, como é o caso da cidade de em que se realizou este estudo, cujas atividades econômicas e o modo de vida estão associados ao meio rural (MANFIO; BENADUCE, 2011).

No contexto do campo, o trabalhador usa seu corpo como principal instrumento de trabalho, dependendo quase que inteiramente das boas condições físicas e mentais, de corpo e mente saudável para o desenvolvimento das atividades que caracterizam a vida no meio rural (SCHLINDWEIN, 2010). Assim, a divisão das propriedades rurais em pequenas extensões de terra faz com que o trabalhador rural exponha seu corpo-instrumento a um ritmo de trabalho intenso e desgastante tendo em vista que a produção no pequeno espaço de terra deve ser suficiente para cobrir os custos da produção, garantir a subsistência e obter lucro.

Um estudo sobre a eficiência econômica e injustiça socioambiental relacionada ao uso de agrotóxicos pontuou uma das primeiras e mais importantes teorias sobre o comportamento humano diante das necessidades humanas.

A teoria proposta por Abraham H. Maslow refere que as necessidades humanas estão organizadas em uma pirâmide hierárquica com cinco níveis de necessidades, sendo que as necessidades fisiológicas encontram-se na base da pirâmide e são sucedidas pelas necessidades de segurança, amor/relacionamento, estima e realização pessoal.

Para o autor da teoria as necessidades fisiológicas correspondem às necessidades de sobrevivência e enquanto os indivíduos não tiverem estas necessidades atendidas, eles não se preocupam em atender outras necessidades hierarquicamente superiores, ou seja, enquanto o problema de sobrevivência não estiver resolvido, os indivíduos não considerariam nas suas decisões necessidades de níveis mais elevados (VEIGA, 2007).

Portanto, o raciocínio desenvolvido na teoria serve para compreender que o trabalhador rural, na maioria das vezes, por questão de sobrevivência coloca em segundo plano a segurança do corpo-instrumento e da própria saúde ao submeter-se a uma forma de trabalho excessiva e desgastante.

A subcategoria **características do trabalho rural** expõe que o processo de produção agrícola passou por mudanças, tendo em vista que há anos atrás o modo como se produzia no meio rural era baseado em métodos artesanais, onde se usava a enxada, o arado e queimava-se a terra antes de plantar novamente. Atualmente, o uso de agrotóxicos substituiu os métodos outrora utilizados.

[...] o plantio todo mudou, a agricultura mudou muito nesses últimos anos. A terra era queimada, depois era lavrada, lavrada várias vezes, preparada, preparada mesmo como a gente prepara um canteiro de horta, capinada e quase não tinha veneno, tipo há uns 30/40 anos atrás não tinha [...] hoje é o plantio direto, passa veneno na camada que tem em cima da terra depois planta em cima, sem lavrar, daí não existe mais esse negócio e o pessoal diz assim: “mas hoje em dia não dá pra ter enxada nem na horta” [...]. (ACS 04)

[...] outra coisa que se perdeu muito é a questão: tem um quadrinho pra carpir, eles não colocam, não vão lá e tiram com a enxada. É a facilidade de por um secante. (ENF 07)

Estes dados refletem que o processo de modernização da agricultura está presente e é percebido pelos profissionais de saúde entrevistados. Modernização da agricultura refere-se à mudança na base técnica da produção rural que transforma a produção artesanal, à base da enxada, em uma agricultura moderna, intensiva e mecanizada por meio da introdução na agricultura de máquinas, elementos químicos e ferramentas (FEITOSA, 2007).

No Brasil, o processo de modernização na agricultura teve início na década de 50 com as importações de máquinas e equipamentos mais avançados para a produção agrícola. O objetivo era maximizar a produção do país e substituir as importações. Porém, foi a partir da década de 60 que a agricultura brasileira sofreu, em seu processo de produção, uma verdadeira (re)evolução, ocasionada pela implantação no país de um setor industrial voltado para a produção de equipamentos e insumos agrícolas (PEREIRA, 2010).

No final da década de 60, para fortalecer a agroindústria, o Estado passou a direcionar os rumos do setor rural, desenvolvendo projetos modernizadores com o objetivo de atrelar o setor agrário ao processo de desenvolvimento econômico do país. Para isso, era necessário preparar o campo para produzir para a indústria e, ao mesmo tempo, receber produtos industrializados, como agrotóxicos, fertilizantes, sementes melhoradas e máquinas. Os instrumentos de incentivo para a viabilização do chamado complexo agroindustrial foi o crédito rural e a criação dos institutos de pesquisa e assistência técnica e insumos modernos (PEREIRA, 2010; TEIXEIRA, 2005).

Com o avanço tecnológico no meio rural, os produtores visavam alcançar maior rentabilidade já que a mecanização permitia ampliar as áreas cultivadas ou a escala de produção. Todavia, o processo de modernização da agricultura não trouxe apenas resultados positivos para o ambiente socioeconômico do campo, isto porque possibilitou aos grandes produtores, uma maior concentração de terras e acumulação de capital e aos pequenos, uma redução no número de produtores, aumentando a desigualdade social, a pobreza, o êxodo rural e o acúmulo de trabalhadores desempregados (TEIXEIRA, 2005; PEREIRA, 2010).

A introdução dos agrotóxicos no cenário rural deu-se a partir da década de 70, sendo sua aquisição estimulada pelo Estado por meio de concessão de crédito agrícola, e pela oferta comercial que exaltava suas propriedades de reduzir o trabalho com pragas e de beneficiar alimentos, população e trabalhadores. Desse modo passaram a fazer parte da vida diária de

milhões de trabalhadores rurais que a eles se expõem ocupacionalmente com suas famílias (SOUZA et al., 2011).

A breve retrospectiva demonstra a trajetória de transformação no cenário rural iniciada com a Revolução Verde nos anos 50, a qual delineou a realidade hoje encontrada. Percebem-se duas principais repercussões da modernização da agricultura, a saber: o impacto na realidade socioeconômica do campo e a introdução dos agrotóxicos.

Os profissionais de saúde entrevistados reconhecem tal transformação, ressaltando o uso de agrotóxicos inerente ao processo de produção atual. Isto permite inferir que as desigualdades socioeconômicas no contexto estudado não se sobressaem a indiscriminada utilização de agrotóxicos nas propriedades rurais.

Assim, as repercussões da modernização da agricultura somadas à característica de pequenas propriedades do município, definem o perfil do trabalhador rural que potencialmente apresenta agravos à sua saúde, decorrentes do trabalho excessivo e desgastante e que o expõe aos agrotóxicos. Esse trabalhador rural é o que chegará ao serviço de saúde, de onde se espera ações direcionadas, especificamente, a esta demanda.

Ainda no que tange as características do trabalho rural emergiu que o trabalho rural favorece o adoecimento dos trabalhadores. Além disso, há marcada diferença entre trabalho masculino e feminino no meio rural.

[...] eles repassam bastante isso pra gente, que trabalham, trabalham, mas no final é bem pouco valorizado o trabalho deles. E daí a gente encontra também bastante dificuldade porque eles reclamam bastante, a gente encontra bastante depressão, alcoolismo também um pouco que está relacionado ao trabalho, trabalho cansativo, trabalho desgastante, pra no final sobrar pouco. Então acho que aquilo pra eles vai acumulando também. (ACS 05)

Se tu vai pensar no trabalho de homens, homens é bem mais rural mesmo [...] são pequenas propriedades, poucas que são grandes em que os homens são os chefes da propriedade rural. O trabalho da mulher é rural e é dona de casa [...] também a maior procura assim, na unidade que a gente vê e até que eles relatam é relacionado ao esforço, ao tipo de trabalho, dores musculares, dor nas costas, tudo relacionado a forma deles trabalharem. As mulheres, principalmente, tem muita queixa de hérnia de disco, tem vários problemas por causa de esforço, de peso [...]. (ENF. 01)

Aqui o trabalhador rural tem três coisas que chamam a atenção: são acidentes, que são muito frequentes tanto pequenos como acidentes graves [...] a exposição do sol, [...] e a outra é a exposição aos agrotóxicos, porque usam um horror daquilo [...]. (MED. 02)

As características específicas do contexto social, como as condições de vida e trabalho, podem afetar a saúde das pessoas. Estudo realizado com trabalhadores rurais identificou que o trabalho rural apresenta-se de forma ambígua, favorecendo tanto a saúde

quanto a doença, uma vez que o valor simbólico atribuído ao trabalho remeteu à ideia de ser útil à sociedade e de inserção na cadeia produtiva (RIQUINHO; GERHARDT, 2010).

No entanto, essa atividade pode prejudicar o trabalhador, contribuindo para seu adoecimento. Outros estudos também trazem que o trabalho rural é fonte de adoecimento devido exposição a cargas físicas, como ter que trabalhar sob a chuva, e cargas químicas, relacionadas à poeira e aos agrotóxicos (SCOPINHO, 2010).

Alguns autores declaram que o trabalho agrícola é uma das mais perigosas ocupações na atualidade (FARIA, FASSA, FACCHINI, 2007). Nesse sentido, as características do trabalho rural que são potenciais causadoras de adoecimento foram definidas no presente estudo como: trabalho cansativo, que facilita a ocorrência de acidentes com instrumentos agrícolas, expõe o trabalhador ao sol e aos agrotóxicos e a produção é pouco valorizada.

Acidentes com ferramentas manuais, com máquinas e implementos agrícolas estão entre os acidentes mais comumente notificados. A exposição às radiações solares por longos períodos, sem observar pausas e as reposições calórica e hídrica necessárias, desencadeia uma série de problemas de saúde como câibras, síncope, exaustão por calor, envelhecimento precoce e câncer de pele (SILVA et al., 2005).

A exposição aos agrotóxicos dá-se desde o transporte do saco do agrotóxico pelo trabalhador rural, na hora de fazer a calda, quando dilui o pó na água e na pulverização (SILVA; RAMOS, 2008). A queda no preço dos produtos agrícolas impacta de forma negativa na agricultura, diminuindo sua importância quanto à geração de empregos e contribuindo para a pauperização dos trabalhadores rurais (SANTOS et al., 2010).

As pequenas propriedades rurais do município em estudo se propõem ao desenvolvimento da agricultura familiar, na qual os entrevistados descreveram que há nítida divisão do trabalho. Os homens encarregam-se da chefia da propriedade rural cabendo a ele as decisões sobre compra e venda, as negociações bancárias e a distribuição da renda entre os membros da família. As mulheres desenvolvem o trabalho doméstico e o rural, sendo que este último é classificado como de caráter auxiliar.

A diferença quantitativa da participação de homens e mulheres no trabalho rural foi evidenciada em outro estudo que identificou que 68,21% dos trabalhadores eram homens e 11,44% eram mulheres (SOARES; FREITAS; COUTINHO, 2005). Por apresentar tarefas, prioritariamente braçais, o trabalho rural é desenvolvido pelos homens e as mulheres ajudam no trabalho da lavoura, geralmente quando falta mão de obra (MENEGAT; FONTANA, 2010).

O trabalho das mulheres na lavoura é comumente referido como ajuda. Pesquisa realizada nos anos 70 e comparada à outra dos anos 2000 permite afirmar que a divisão de trabalho no meio rural acontece da mesma forma independente da passagem do tempo. Assim, as mulheres compartilham com os homens a plantação, a colheita, o cuidado da roça e o trabalho na casa, cuidados com os filhos e a preparação dos alimentos é exclusivo a elas. Os homens realizam principalmente as tarefas referentes à produção, sendo restrita a eles a derrubada das árvores para possibilitar a plantação (SEYFERTH, 1974; LAGO et al., 2009).

Por ser histórica, a divisão das tarefas entre homens e mulheres no meio rural, tudo indica que isso permanecerá como característica do trabalho rural. Nesse sentido, é necessário refletir sobre os riscos de adoecimento associados ao trabalho rural que se tornam invisíveis, quando se relacionam às mulheres, justamente porque na divisão do trabalho elas não se envolvem diretamente com o trabalho rural.

Com relação aos riscos, ressaltam-se aqueles ligados as atividades de auxílio na pulverização de agrotóxicos e lavagem de roupas contaminadas. As mulheres por não manejarem direta e continuamente com os agrotóxicos, tarefa realizada majoritariamente por homens, desconsideram estes riscos e as consequências de tais exposições (GREGOLIS; PINTO; PERES, 2012). Frente a isso é importante que políticas de saúde sejam pensadas levando em consideração estes riscos e assim tornando-os visíveis para os profissionais de saúde atuantes em áreas rurais e para as próprias mulheres.

A subcategoria **característica do trabalhador rural** trás a dificuldade de acesso ao serviço de saúde pelo homem trabalhador rural e a resistência deles às orientações dos profissionais de saúde quanto ao uso de proteção para manejar os agrotóxicos.

As mulheres é que buscam sempre mais a parte da saúde, a gente tem mais dificuldade de lidar com os homens, os homens só vem procurar se estão muito doentes mesmo [...] até pra fazer visitas geralmente as mulheres que a gente consegue mais do que homens. E assim, grupos, palestras, também a participação geralmente é sempre mais mulher [...] especificamente relacionado a agrotóxico, acontece muito que pra não perder tempo durante o dia, às vezes vem no plantão... de noite também. Daí eles vem pra tomar alguma medicação que passe aquele mal-estar [...]. (ENF. 01)

Até pra começar as visitas é bem difícil porque a gente, pra encontrar o pessoal como são bastante agricultores até dificulta um pouco nosso trabalho porque o nosso trabalho geralmente...das 7h30 as 11h30 e das 13h as 17h é o horário que o pessoal está na lavoura [...] mas a gente sempre acha um jeito de encontrar, principalmente as mulheres. Dificilmente a gente consegue fazer a visita com homens, a gente consegue conversar só com a mulher mesmo para realizar a visita [...] não sei se é um costume que vai passando de pai pra filhos, que não utilizam esses equipamentos. Mas ainda é bem precária a situação, bastante gente não utiliza (EPI),

não se cuida mesmo na hora do preparo, prepara com as mãos sem luva [...]. (ACS 05)

Eles são bem acessíveis a todas as orientações, claro que eles não seguem com as orientações que a gente dá, mas não sei, não é difícil de trabalhar com eles, é bom de trabalhar. (TEC.ENF. 14)

[...] a gente nota bastante que o pessoal não costuma se cuidar no interior, poucos que tinham o costume de máscaras, por mais que a gente oriente o pessoal não quer usar, acha que é ruim usar e que atrapalha, sempre orienta para os perigos, o uso de máscara, de roupas [...]. (MED. 13)

[...] o trabalhador diz: “é muito quente, aquele equipamento é horrível, é de plástico, tem uma capa plástica por fora quase morro de calor” [...]. (ACS 04)

Identificou-se que as mulheres acessam ao serviço de saúde com maior facilidade, são encontradas em casa para a realização das visitas domiciliares e participam mais dos grupos de educação em saúde nas comunidades, quando comparadas aos homens. Os homens trabalhadores rurais quando passam mal pelo uso de agrotóxicos procuram o serviço de saúde à noite para não perderem tempo de trabalhar durante o dia. Os dados também mostram que o trabalhador rural independente de ser homem ou mulher não tem o hábito de usar os equipamentos de proteção individual (EPI), alegando que estes equipamentos não são confortáveis.

A utilização dos serviços de saúde representa o centro do funcionamento do sistema de saúde. O processo de utilização dos serviços de saúde é resultante do intercâmbio de comportamentos do sujeito que procura por cuidados, e do profissional de saúde que o recebe no serviço. O primeiro contato, normalmente, parte do sujeito que necessita de cuidados e o profissional de saúde é responsável pelos contatos seguintes (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Pensar sobre o processo de utilização dos serviços de saúde exige a definição de dois conceitos: acesso e acessibilidade. Diferentes autores discutem estes termos, porém no presente estudo foram utilizadas as definições de Starfield (2004), estudiosa sobre medicina da família e cuidados primários em saúde. Desse modo, acesso e acessibilidade têm significados complementares. A acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem até os serviços e o acesso permite o uso oportuno dos serviços para alcançar os melhores resultados possíveis, sendo a forma como o sujeito experimenta o serviço de saúde.

Tendo por base estas definições, a acessibilidade não se restringe ao uso ou não de serviços de saúde, mas inclui a adequação dos profissionais de saúde e dos recursos tecnológicos utilizados para atender as necessidades de saúde dos sujeitos. O acesso é entendido como a possibilidade de conseguir o atendimento conforme as necessidades e extrapola a dimensão

geográfica, abrangendo aspectos de ordem econômica, cultural e funcional de oferta de serviços (TRAVASSOS; MARTINS, 2004; SOUZA et al., 2008).

Nessa perspectiva, pesquisadores elaboraram um modelo teórico em que a acessibilidade aos serviços de saúde é composta por duas dimensões, a dimensão relacionada à organização do sistema e a relacionada à organização dos serviços. Nesse modelo teórico, o acesso foi mencionado na dimensão organização do sistema, a qual é caracterizada por: (a) existência de diretriz da política local de saúde relacionada com a garantia de acesso; (b) definição clara da atenção básica como porta de entrada ao sistema de saúde, viabilizando o acesso aos diversos níveis do sistema (CUNHA; VIEIRA-DA-SILVA, 2010).

A dimensão organização dos serviços foi caracterizada por aspectos relacionados à acessibilidade organizacional e geográfica. Na acessibilidade organizacional observam-se as características do atendimento que facilitam o contato dos usuários com os serviços. Na acessibilidade geográfica, avaliam-se distância entre a residência e a unidade de saúde, distância entre a residência e o Centro de Atenção Especializada e laboratório e a existência de transporte (CUNHA; VIEIRA-DA-SILVA, 2010).

Tendo em vista que o homem trabalhador rural somente procura o serviço de saúde quando está muito doente ou durante a noite, quando é possível afastar-se dos afazeres sem prejudicar a produção, afirma-se que a dificuldade de acesso ao serviço de saúde revelada pelas entrevistas resulta de fatores inerentes ao trabalhador rural e não apenas à organização dos serviços de saúde, tampouco pela dificuldade deste em acessar o serviço por questões geográficas ou socioeconômicas. Este achado é confirmado quando os entrevistados colocam que mesmo nas visitas domiciliares a abordagem ao homem trabalhador rural é dificultada.

A utilização dos serviços pelos sujeitos está condicionada pela disponibilidade, o tipo, a quantidade de serviços e recursos financeiros, humanos e tecnológicos e a localização geográfica. Contudo, as escolhas individuais também são cruciais, tendo em vista que nem todas as necessidades se convertem em demandas e nem todas as demandas são atendidas. Sendo assim, as desigualdades na utilização dos serviços de saúde indicam diferenças no comportamento do indivíduo frente à doença, além das particularidades da oferta de serviços disponibilizada a ele (PINHEIRO et al., 2002).

As mulheres costumam utilizar mais os serviços de saúde do que os homens devido a variações no perfil de necessidades de saúde entre gêneros, o que inclui as necessidades associadas à gravidez e ao parto e ao maior interesse das mulheres com relação à sua saúde. Isto é comprovado por diferentes estudos que comprovam estatisticamente que as mulheres utilizam

com maior regularidade um mesmo serviço de saúde, quando comparadas com os homens (PINHEIRO et al., 2002).

No município em que se realizou este estudo, há uma unidade de saúde localizada no centro da cidade, a qual abriga duas equipes de saúde da família uma responsável pela área urbana e outra por uma parte da área rural. A terceira equipe atende em duas unidades de saúde situadas em diferentes localidades também na área rural.

Esta forma de organização pode estar relacionada com o acesso dos trabalhadores rurais, especialmente aqueles que moram em área coberta pelas equipes de saúde da família rurais já que uma, geograficamente, fica alocada no centro da cidade. A outra equipe rural tem que revezar durante a semana para atender as duas localidades, assim a equipe não está sempre presente na mesma área, interferindo no acesso dos trabalhadores ao serviço de saúde.

O horário de expediente de todas as equipes é das 07h30 as 11h30 e das 13h30 às 17h, coincidindo com o horário de maior intensidade das atividades no meio rural, restando aos trabalhadores rurais o atendimento hospitalar de urgência/emergência que é 24 horas. Dessa forma, o perfil de atendimento que o trabalhador rural, especialmente o homem, recebe é o médico-centrado e curativista.

A observação não participante permitiu confirmar os dados apontados nas falas dos profissionais de saúde. Ao observar o perfil dos usuários atendidos nas unidades de saúde, viu-se que eram na maioria mulheres jovens, idosos de ambos os sexos e crianças, que inclui recém-nascidos e lactentes. Esse perfil foi constatado independente do dia da semana e do horário em que as observações foram realizadas.

Quanto ao uso de EPI observou-se que os trabalhadores rurais, de modo geral, são resistentes ao uso do EPI mesmo sendo orientados quanto ao uso pelos profissionais de saúde. O principal argumento para o não uso é porque tais equipamentos são desconfortáveis por produzirem calor. Assim, utilizam apenas calça e camisa de manga cumprida.

O não uso dos EPI aumenta em 193% a chance de se intoxicar em relação aos indivíduos que usam ao menos um tipo de proteção sendo notória a necessidade do uso desses equipamentos. Quando são negligenciados ou usados parcialmente ou pelos trabalhadores e/ou empregadores, passa a existir o risco ao adoecimento (SOARES; FREITAS; COUTINHO, 2005; MENEGAT; FONTANA, 2010).

A exemplo do presente estudo, outros também identificaram que os trabalhadores rurais não utilizam os EPIs pelo desconforto trazido pelo uso, por dificultarem a locomoção e

provocarem calor excessivo e acabam utilizando a mesma roupa do dia a dia (SOARES; FREITAS; COUTINHO, 2005; SILVA; RAMOS, 2008; BRITO, GOMIDE, CAMARA, 2009).

Com relação ao desconforto térmico citado pelos trabalhadores rurais, tem-se que a legislação de muitos países da Europa já obriga que os EPIs sejam avaliados com relação ao risco de hipertermia associado à sua utilização. A retenção de calor e consequente aumento da temperatura corporal existem sempre que o corpo humano não conseguir perder calor na quantidade necessária em decorrência do isolamento térmico provocado pelos EPIs (CROCKFORD, 1999; VEIGA ET AL., 2007).

O desconforto térmico no ambiente de trabalho provocado pelo uso de EPI tem influencia econômica, uma vez que repercute na produtividade e na qualidade do trabalho. Garante-se que temperaturas corporais além dos limites ótimos (36,5° - 37,5°C) afetam o desempenho físico e mental, podendo levar a comprometimentos fisiológicos e patológicos (AHASAN; MOHIUDDIN; FARUQUEE, 2002; RODAHL, 2003 APUD VEIGA ET AL., 2007).

Trazendo essa discussão para a realidade dos trabalhadores rurais, pode-se dizer que um trabalhador executando uma atividade moderada sob condições amenas e fazendo uso roupas leves, levaria em média 90 minutos para elevar em 1,5° C sua temperatura corporal. Se esse trabalhador utilizasse uma roupa impermeável e sintética, esse tempo cairia para 20 minutos.

Com isso, o tipo de EPI, junto com as condições ambientais, influenciam no tempo limite que um trabalhador poderia estar exposto a essas condições ambientais dentro da faixa do conforto térmico (HAVENITH, 1999).

Segundo o Decreto nº 4.074 de 4 de janeiro de 2002, entende-se por EPIs “todo vestuário, material ou equipamento destinado a proteger pessoa envolvida na produção, manipulação e uso de agrotóxicos, seus componentes e afins.”. Estes equipamentos devem ser indicados no receituário agrônômico e no rótulo do produto.

Os EPIs mais utilizados são máscaras protetoras, óculos, luvas impermeáveis, chapéu impermeável de abas largas, botas impermeáveis, macacão com mangas compridas e avental impermeável (MOREIRA et al., 2010).

Cuidados devem ser tomados quanto à aquisição e manipulação dos EPI, como: possuir certificado de aprovação do Ministério do Trabalho, serem utilizados em boas condições e de acordo com a recomendação do fabricante e do produto a ser utilizado, observar os filtros das máscaras e respiradores que são específicos para defensivos e têm a data de validade, as luvas recomendadas devem ser resistentes aos solventes dos produtos, a lavagem deve ser feita

após cada utilização e com uso de luvas e separadas de roupas da família e devem ser mantidos em locais limpos, secos, seguros e distante de produtos químicos (MOREIRA et al., 2010).

Nesse contexto, o uso de EPI tem por objetivo minimizar a ocorrência de episódios de intoxicação, mas os extensos danos crônicos que o agrotóxico traz ao ambiente, à biodiversidade e ao próprio homem devem ser trabalhados através de uma mudança de paradigma na agricultura que diminua e talvez, um dia, venha a excluir o uso destes produtos (BRITO, GOMIDE, CAMARA, 2009).

O aumento da temperatura corporal provocada pelo uso de EPI deve ser considerado no momento que os profissionais de saúde forem orientar os trabalhadores rurais e além de uma abordagem educativa de conscientização sobre os riscos do não uso dos EPIs, talvez seja oportuno repassar as considerações com relação ao aumento de temperatura por tempo trabalhado. Isso poderia possibilitar ao trabalhador rural que estas considerações os auxiliem na adequação do regime de trabalho ao uso de EPI, fazendo pausas mais frequentes entre aplicações.

As políticas de saúde voltadas aos trabalhadores rurais não devem focar apenas as orientações quanto ao uso de EPI e sim, um trabalho educativo, a longo prazo, que desenvolva consciência crítica quanto a utilização de agrotóxicos. Aos profissionais de saúde, além das orientações, devem compreender o contexto econômico dos trabalhadores rurais para a aquisição, bem como o nível de entendimento destes quanto a utilização adequada dos EPI.

A categoria postura do trabalhador rural frente aos agrotóxicos está dividida nas subcategorias: **falta de informações relacionadas aos agrotóxicos, percepção do trabalhador rural sobre os agrotóxicos e sinais e sintomas decorrentes do uso de agrotóxicos.**

A **falta de informações relacionadas aos agrotóxicos** inclui falta de instrução quanto aos riscos agregados ao uso, efeitos cumulativos e consequências ambientais. Segundo os profissionais de saúde, isto faz com que os trabalhadores rurais sejam descuidados no manuseio dos agrotóxicos e suas embalagens.

Falta um pouco de instrução pra eles. Não faz muito tempo, teve um senhor que tomou agrotóxicos. Ele levou a água num desses litros de coca-cola ao mesmo tempo em que ele levou o veneno dissolvido, aí na hora de tomar a água pegou o litro que tinha veneno dissolvido e só foram me trazer no outro dia o rótulo [...]. (MED. 02)

Para eles contato com agrotóxico é tomar quase. Eles acham que o que caiu na pele, o que a pessoa respirou, pra eles não é um meio de se contaminar. [...] vão lá com a mão, mexem, pra eles não é um meio de contato [...] as vezes tu vai fala, “eu não estou contaminado”, mas sabe que foi lá e mexeu com as mãos [...] eles não essa

ideia que é bastante perigoso, eles quase não utilizam muito equipamento de proteção também. (ACS 05)

Falta informação dos riscos, que determinado produto o efeito é cumulativo, [...]quando tu conversa com pessoas tu percebe que elas não tem aquela ideia assim que se tu jogar na água vai fica, se tu passar perto de uma fonte vai contaminar a água, que a água é contaminada [...] tu vê atirado perto da casa as embalagens de agrotóxicos também. (ENF. 01)

A utilização dos agrotóxicos no meio rural brasileiro resulta em consequências, tanto para o ambiente como para a saúde do trabalhador rural. De forma geral, essas consequências dependem de fatores intrinsecamente relacionados, como o uso inadequado dos agrotóxicos, a alta toxicidade de certos produtos, a falta de utilização de equipamentos de proteção e a deficiência dos mecanismos de vigilância. Essa situação é agravada pelo baixo nível socioeconômico e cultural e pelo o escasso conhecimento sobre os riscos potenciais dos agrotóxicos durante o preparo e a aplicação da grande maioria dos trabalhadores rurais (OLIVEIRA-SILVA et al, 2001; ARAUJO et al., 2007).

Frente ao exposto, a falta de informação descrita pelos entrevistados consiste em fator de risco para contaminação por agrotóxicos. Contextualizando esta afirmação, um estudo brasileiro revela que ao deparar-se com um determinado perigo originado do processo de trabalho, um trabalhador rural responde conforme suas crenças, experiências, imagens e informações construídas ao longo de sua trajetória de vida. Logo, a percepção do risco resulta da associação de todos esses determinantes com o cenário em que se encontra no momento. Portanto, não há como conceber uma avaliação de riscos desconectada das crenças, interpretações e reações dos sujeitos envolvidos. (PERES; MOREIRA, 2007).

Os trabalhadores rurais sujeitos de uma pesquisa sobre percepção de risco no manejo com agrotóxicos, citaram como fontes de informações as bulas ou rótulos dos agrotóxicos, os meios de comunicação, em especial o rádio e a televisão, os revendedores e a própria vivência dos trabalhadores. Porém, compreender as informações fornecidas por médicos, técnicos e agrônomos se torna problemático para os agricultores (FONSECA et al., 2007).

Corroborando com essas informações, dados de um estudo quantitativo mostraram que 74,1% dos trabalhadores rurais afirmaram receber informações sobre agrotóxicos dos revendedores do produto, 12% de programas do governo e 11,5% deles nunca receberam qualquer tipo de orientação externa; 13,2% identificaram outros agricultores como fonte de informação. Programas de rádio ou televisão foram identificados como fonte de informação por 58,5% dos agricultores e material impresso por 46,1% deles, principalmente os fornecidos pelos revendedores (RECENA; CALDAS, 2008).

Assim sendo, salienta-se que no que concerne a informações sobre agrotóxicos parece incoerência e até mesmo irresponsabilidade, o sistema agrícola e o sistema de saúde deixar a cargo dos trabalhadores rurais a busca por informações. Esta colocação justifica-se tendo em vista que muitos trabalhadores rurais tem baixo nível socioeconômico e de escolaridade, o que pode dificultar a adequada interpretação das informações. Nesse sentido, o sistema agrícola e o sistema de saúde, cada um dentro de seu núcleo de atuação, devem desenvolver ações informativas de prevenção de adoecimento decorrente da exposição a agrotóxicos.

A subcategoria **percepção do trabalhador rural sobre os agrotóxicos** evidencia que o trabalhador rural compreende o agrotóxico como *remédio*, o qual combate as pragas da lavoura. Isto contribui para que seja usado em larga escala e até mesmo de forma indiscriminada e descuidada. O trabalhador rural justifica o uso de agrotóxico alegando que se não usá-lo a lavoura não irá produzir o esperado. Esta percepção é induzida pelo próprio setor envolvido na comercialização dos agrotóxicos.

[...] dizem remédio e eles vão lá na cooperativa, eu já vi isso: “preciso de um remédio pra pinta da minha uva”. Aí vendedor diz: “usa esse aqui que esse aqui é bom”, aí eles chegam lá e eles usam um horror daquilo, além do necessário. “Não, mas é remédio” sendo que tu vai olhar na embalagem estão todas as advertências de toxicidade [...] eles usam na maior tranquilidade porque é um remédio, é muito comum isso. (MED. 02)

[...] não veem isso (*agrotóxicos*) como um mal muito grande porque a orientação não é essa. A orientação que é dada, é que muitas coisas são pra tratamento, que não fazem mal, não causam mal a saúde [...] o uso perto de horta, de plantação, bem indiscriminado, isso a gente percebe e até eles relatam, eles acham que muita coisa é tratamento, vai passar tratamento, não é veneno, aquilo não faz mal. (ENF. 01)

[...] eles não levam o agrotóxico como um produto químico que prejudica a saúde, eles levam como se fosse um remedinho, eles têm essa concepção de que o agrotóxico não faz mal pra saúde [...] acho que antes quando se vendia agrotóxico, a própria empresa passava para ele que era a melhor coisa do mundo e se criou essa ilusão, eles tem essa ilusão até hoje que o agrotóxico é maravilhoso. (ENF. 07)

[...] os técnicos vão passando e vão orientando: coloca esse, precisa desse, então é uma coisa que parece que toda a produção agrícola depende do agrotóxico pra pode produzir [...] o agricultor tem que fazer a parte dele, concordo. Mas se não colocar o veneno não vai produzir e realmente tem lavouras que não dá quase nada. (ACS 04)

O uso de produtos buscando o combate de pragas e doenças no meio rural vem desde as civilizações antigas, as quais usavam enxofre, arsênico e calcário. Também eram utilizadas substâncias orgânicas, como a nicotina extraída do fumo. Com o intenso desenvolvimento da indústria química a partir da Revolução Industrial, houve o incremento na pesquisa e produção dos produtos agrotóxicos. Sua produção em escala industrial teve início em 1930, intensificando-se a partir de 1940 (SILVA et al., 2005). Evidencia-se que a cultura do uso de produtos na

agricultura é secular criando-se, ao longo dos anos no imaginário e na prática dos trabalhadores rurais, a associação entre agrotóxico e alta produtividade das lavouras.

Nessa linha, diferentes denominações são utilizadas para se referir a tais produtos como veneno, inseticida, agrotóxico e remédio. No presente estudo, identificou-se que a denominação empregada pelos trabalhadores rurais é *remédio*. Em outras realidades isso também é detectado e se assegura que este termo se origina a partir do discurso de vendedores e técnicos ligados à indústria, portanto, comprometidos com a lucratividade das vendas de agrotóxicos (BRITO; GOMIDE; CAMARA, 2009).

Neste sentido, perceber o agrotóxico como remédio sugere uma concepção de que o produto irá “remediar” o problema apresentado. Dentre as justificativas para o uso cita-se: se não colocar as pragas terminam com a plantação; usar por não conhecer outro meio de trabalhar sem agrotóxicos e a necessidade de usar, pois se não usa não produz (BRITO; GOMIDE; CAMARA, 2009).

A última justificativa citada acima é encontrada na realidade do município em estudo. Isso foi induzido desde o início do emprego dos agrotóxicos nas lavouras pelas políticas do Estado e pelas indústrias fabricantes. No dia a dia no meio rural, os agrotóxicos geram bons resultados em termos de produtividade e, assim, o trabalhador rural passa a percebê-los como o remédio que protege a lavoura e estando ela protegida irá produzir mais e melhor. Somando-se a isso, o agrotóxico é bom porque é sinônimo de lucratividade, então é igualmente bom e inofensivo a saúde humana, dessa forma passando a ser usado em maior quantidade e de forma indiscriminada.

Esta percepção já foi apreendida em levantamento no qual 97,5% dos trabalhadores rurais chamavam os agrotóxicos de *remédio*. Nessa concepção, os remédios não fazem mal e podem ser usados à vontade, sem proteção e sem risco. Outro grupo de trabalhadores rurais do mesmo levantamento disse precisar usar cada vez mais *remédio* para combater as pragas, desconsiderando a resistência adquirida pelas pragas por causa da utilização inadequada do produto. Notou-se também que 62,5% dos trabalhadores, apesar de conhecerem alguém que foi intoxicado por agrotóxicos, não consideraram esses produtos como um problema na região (CASTRO; CONFALONIERI, 2005).

Ao ter clareza do raciocínio feito pelo trabalhador rural em torno dos agrotóxicos, convém refletir sobre o processo de cuidado em saúde dispensado a este a este trabalhador. Primeiramente deve ser considerado que de nada irá adiantar abordar, como forma de prevenir o adoecimento, as vantagens do não uso devido o agrotóxico ser, de fato, um agente catalisador do

processo produtivo rural. Todavia, os esforços devem centrar-se no seu risco potencial à saúde humana e ao meio ambiente por meio de um investimento integral e intersetorial na saúde do trabalhador rural.

A subcategoria **sinais e sintomas decorrentes do uso de agrotóxicos** mostra dois comportamentos distintos entre os trabalhadores rurais relatados pelos trabalhadores de saúde. Há aqueles que chegam à unidade de saúde com certos sinais e sintomas e não os relacionam com o uso de agrotóxico. Outros sabem que os sinais e sintomas são decorrentes do uso do agrotóxico, porém não procuram o serviço de saúde por saberem que usam produtos com alta toxicidade e, por vezes, em quantidade desnecessária.

[...] talvez venha até achando que é outra coisa e não te comentam. Quando tu pergunta: “mas o que o senhor estava fazendo?”, “eu passei veneno na uva, passei veneno no fumo”. Mas eles vêm: “estou com dor” ou “estou me sentindo tonto”, aí a gente começa a investigar aí eles falam [...] é difícil, tu tem que dar uma “cutucadinha” daí eles começam a relacionar que pode ser, mas dificilmente eles chegam aqui e te dizem: “eu usei tal agrotóxico, tal veneno e eu estou ruim por isso”. Pensam que estão com alguma virose. (TEC. ENF. 09)

Eles tentam esconder muito, porque eles procuram agrotóxicos, por exemplo para mata lagarta, eles gostam de usar aquele que passou e que a lagarta caiu logo depois [...] então pra eles. o veneno que é bom é aquele que mata tudo [...] Então quando acontece alguma coisa, eles tentam negar bastante, porque eles sabem que eles estavam usando até desnecessário muitas vezes o produto (MED. 02)

[...] eles chegam às vezes com dor de cabeça, fraqueza generalizada, náusea, vômito [...] são coisas difíceis de diagnosticar como sendo de agrotóxico quando são por contato com agrotóxico [...] acha normal o contato, acha que o problema que ela está se queixando naquele dia deve ser outra coisa e a gente também naquela correria do dia a dia acaba não fazendo essa associação. Eles muitas vezes não sabem, não associam com o trabalho deles [...] com o agrotóxico até não associam muito [...] talvez seja um erro, perguntar uma coisa que tem que estar na cabeça (dos profissionais), lembrando sempre. (MED. 08)

Quando os trabalhadores rurais chegam ao serviço de saúde, os profissionais de saúde esperam que o próprio trabalhador aponte que sua sintomatologia está relacionada ao uso do agrotóxico, o que pode ser um erro, tendo em vista a dificuldade que alguns trabalhadores têm em relacionar sinais e sintomas e uso de agrotóxicos.

A agricultura convencional praticada atualmente objetiva, acima de tudo, produção e lucro, em detrimento da conservação do meio ambiente e da saúde humana. Os trabalhadores rurais, ao aplicar agrotóxico, quase sempre sem o devido equipamento de proteção e com pouca informação, se intoxica, podendo em alguns casos, morrer prematuramente (LEITE; TORRES, 2008).

Junto a isso está o uso indiscriminado, com vistas na produtividade, o qual tem sido o padrão de controle de pragas em diversas culturas plantadas comercialmente no Brasil e em diversas partes do mundo, causando desequilíbrio ecológico que vai desde a superpopulação de pragas, “seleção” de biótipos resistentes, poluição de solos e aquíferos até prejuízos à saúde humana e animal (LEITE; TORRES, 2008; OLIVEIRA et al. 2006).

Nessa perspectiva, tem-se que ocorram no mundo cerca de três milhões de intoxicações agudas por agrotóxico com 220 mil mortes, sendo 70% dessas provenientes dos países em desenvolvimento. Existem três formas de contaminação a saber: via ambiental, alimentar e ocupacional. A via ocupacional caracteriza-se pela contaminação dos trabalhadores rurais que pode ocorrer tanto no processo de formulação, de utilização e na colheita. Estima-se que haja um caso de intoxicação aguda para oito casos de intoxicação crônica (BEDOR, et al, 2009; LEITE; TORRES, 2008).

Os sinais e sintomas de intoxicação variam com relação ao tipo de intoxicação. A intoxicação aguda é aquela que os sinais e sintomas aparecem imediatamente após a exposição e inclui fraqueza, vômitos, náuseas, convulsões, dores de cabeça, tontura, fasciculação muscular, parestesias, desorientação, dificuldade respiratória, coma e até morte (BEDOR, et al, 2009; LEITE; TORRES, 2008).

Na intoxicação crônica podem aparecer paresia e paralisias reversíveis, ação neurotóxica retardada irreversível, pancitopenia, distúrbios neuro psicológicos. Caso a exposição seja continuada ou por longo período pode surgir lesão cerebral irreversível, atrofia testicular, tumores malignos, esterilidade masculina, alterações neurocomportamentais, neurites periféricas, dermatites de contato, formação de catarata, atrofia do nervo óptico, lesões hepáticas, entre outros (BEDOR; RAMOS; PEREIRA, 2009; LEITE; TORRES, 2008).

Com base nos depoimentos dos profissionais de saúde entrevistados conclui-se que os sinais e sintomas mais frequentemente apresentados são dor de cabeça, náusea, vômito, fraqueza generalizada e tontura. Estes sinais e sintomas são similares aos verificados por outros autores em estudos sobre utilização de agrotóxicos no qual também foi citado dor de cabeça, fraqueza, tontura, náuseas, vômitos, entre outros (CASTRO; FERREIRA; MATTOS, 2011; RECENA; CALDAS, 2008).

Os trabalhadores que em um primeiro momento não relacionam a sintomatologia ao uso de agrotóxicos, de modo geral chegam no serviço de saúde relatando estar com algum problema infeccioso do tipo virose. Resistentes, somente irão falar que tiveram contato com os agrotóxicos após indagações do profissional de saúde. Ainda, há aqueles que relacionam, mas

não procuram atendimento por perceberem que o produto que usaram e como foi usado acarreta danos à saúde e assim, banalizam o ocorrido e seguem se expondo.

Independentemente do motivo pelo qual os trabalhadores rurais se intoxicaram, nota-se que em ambos os perfis de comportamento há uma negação do risco. Sobre isso, autores colocam que a atitude de desprezo ao risco não pode ser assumida como se o trabalhador desconhecesse, por completo, os riscos intrínsecos ao manejo com agrotóxicos. Ao contrário, tal atitude suscita o conhecimento do perigo, no qual o trabalhador acrescenta ao risco próprio do processo de trabalho, o seu próprio risco, como forma de diminuir ou simplesmente negar o outro, numa estratégia de ideologia defensiva.

O principal papel da ideologia defensiva seria propiciar ao trabalhador a sobrevivência em um ambiente/processo de trabalho ofensivo, por meio da construção de um valor simbólico, onde o trabalhador domina o perigo e não vice-versa (SIQUEIRA; KRUSE, 2008; DEJOURS, ABOUCHELY; JAYET, 1994).

Este entendimento é relevante para que os profissionais de saúde ao atenderem trabalhadores rurais com a sintomatologia relatada, de pronto suspeitem de intoxicação e tomem as providências para diagnóstico, tratamento sintomatológico e orientações dentro de cada competência profissional. Os casos de intoxicação crônica igualmente não podem ser esquecidos. Para isso, é fundamental que os médicos estejam treinados para o diagnóstico de intoxicações agudas e crônicas e que o sistema de informação toxicológico e epidemiológico esteja organizado e articulado. Inclui-se a necessidade de ações voltadas ao melhor preparo das equipes de saúde para atuarem no espaço rural.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final da análise dos dados conclui-se que é importante investir na compreensão da dinâmica do processo de trabalho rural para que se possa atender o trabalhador nas suas necessidades.

O sistema de produção agrícola mundial utiliza agrotóxicos de forma maciça e no Brasil não é diferente, o que vem acontecendo há cerca de 40 anos. Portanto, os investimentos devem ter foco na informação e orientação quanto aos riscos agregados ao seu uso e não na tentativa de bani-los do dia a dia do meio rural.

Ressalta-se a importância do desenvolvimento de ações integradas entre saúde e agricultura, de modo que o setor saúde compreenda os aspectos positivos do uso de agrotóxicos

para a melhoria da produção, bem como o setor agrícola considere que, para que as lavouras produzam adequadamente, precisam de trabalhadores hígidos capazes de cultivá-las.

Aos trabalhadores rurais compete a tomada de consciência a partir da aquisição de informações e percepção de risco sobre a relevância do uso de EPI para a preservação da sua saúde. Faz-se necessário também o reconhecimento de que cautela no uso de agrotóxicos pode repercutir positivamente na saúde do trabalhador rural, na saúde de sua família e no meio ambiente.

REFERENCIAS

AHASAN, R.; MOHIUDDIN, G.; FARUQUEE, S. M. Strenuous tasks in a hot climate: a case study. **Work Study**, v. 51, n. 4/5, p. 175-181, 2002.

ARAÚJO, A. J. et al. Exposição múltipla a agrotóxicos e efeitos à saúde: estudo transversal em amostra de 102 trabalhadores rurais, Nova Friburgo, RJ. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 1, p. 115-130, 2007.

BEDOR, C. N. G. et al. Vulnerabilidades e situações de riscos relacionados ao uso de agrotóxicos na fruticultura irrigada. **Rev. bras. epidemiol.** [online], v. 12, n. 1, p. 39-49, 2009.

BRASIL. **Decreto 4.074, de 04 de janeiro de 2002**. Disponível em: <<http://www.inpev.org.br/responsabilidades/legislacao/images/Decreto.PDF>>. Acesso em: 08 dez. 2012.

_____. Resolução nº 196/96. Pesquisa em seres humanos. **Revista Bioética**. p. 36-8, Abr.-Jun. 1996.

BRITO, P. F.; GOMIDE, M.; CAMARA, V. M. Agrotóxicos e saúde: realidade e desafios para mudança de práticas na agricultura. **Physis** [online], v. 19, n. 1, p. 207-225, 2009.

CASTRO, J. S. M.; CONFALONIERI, U. Uso de agrotóxicos no Município de Cachoeiras de Macacu (RJ). **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 2, p. 473-482, 2005.

CASTRO, M. G. G. M.; FERREIRA, A. P.; MATTOS, I. E. Uso de agrotóxicos em assentamentos de reforma agrária no Município de Russas (Ceará, Brasil): um estudo de caso. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 20, n. 2, p. 245-254, 2011.

CROCKFORD, G. W. Protective Clothing and Heat Stress: Introduction. **Ann. occup. Hyg.**, v. 43, n. 5, p. 287-288, 1999.

CUNHA, A. B. O.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p.725-737, 2010.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do Trabalho**: Contribuição da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.

DIAS, E. C. A. Condições de vida, trabalho, saúde e doença dos trabalhadores rurais no Brasil. In: Pinheiro TMM, organizador. **A saúde do trabalhador rural**. Brasília: RENAST, 2006. Disponível em: < http://www.medicina.ufmg.br/dmps/2006/saude_trabalhador_rural.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2011.

FARIA, N. M. X.; FASSA, A. C. G.; FACCHINI, L. A. Intoxicação por agrotóxicos no Brasil: os sistemas oficiais de informação e desafios para realização de estudos epidemiológicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 25-38, 2007.

FEITOSA, A. E. F. As mudanças estruturais do capitalismo rural e suas implicações na formação de técnicos em agropecuária: a extinção da COAGRI/MEC. **Trabalho Necessário**, n. 5, 2007.

FONSECA, M. G. U. et al. Percepção de risco: maneiras de pensar e agir no manejo de agrotóxicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 1, p. 39-50, 2007.

GELBCKE, F. L. Processo de trabalho em enfermagem na saúde e na enfermagem. In: HERR, L. et al (orgs). **Fundamentando o exercício profissional do técnico em enfermagem**. Florianópolis: editora Insular, 2001.

GREGOLIS, T. B. L.; PINTO, W. J. PERES, F. Percepção de riscos do uso de agrotóxicos por trabalhadores da agricultura familiar do município de Rio Branco, AC. **Rev. Bras. Saúde Ocup.** [online], v. 37, n.125, p. 99-113, 2012.

HAVENITH, G. Heat balance when wearing protective clothing. **Ann. occup. Hyg.**, v. 43, n. 5, p. 289-296, 1999.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: < http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=rs&tema=sinopse_censodemog2010>. Acesso em: 23 set. 2011.

LAGO, M. C. S. et al. Gênero, gerações e espaço doméstico: trabalho, casa e família. *Paideia*, v. 19, n. 44, p. 357-366, 2009.

LEITE, K. C.; TORRES, M. B. R. O uso de agrotóxicos pelos trabalhadores rurais do assentamento catingueira Baraúna-RN. **Revista Verde (Mossoró – RN – Brasil)**, v.3, n.4, p. 06-28, 2008.

MANFIO, V.; BENADUCE, G. M. C. A (re) estruturação urbana e o desenvolvimento local da pequena cidade de Nova Palma/rs. **Revista GEOMAE**, v. 02, n. Esp. 01, 2011.

MENEGAT, R. P.; FONTANA, R. T. Condições de trabalho do trabalhador rural e sua interface com o risco de adoecimento. **Cienc Cuid Saude**, v. 9, n. 1, p. 52-59, 2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2007.

MOREIRA, A. N. et al. **Normas gerais sobre o uso de agrotóxicos**. 2. ed. 2010. Disponível em: http://sistemasdeproducao.cnptia.embrapa.br/FontesHTML/Uva/CultivodaVideira_2ed/agrotoxicos.html#topo. Acessado em: 24 de novembro de 2012)

OLIVEIRA, A. M. et al. Controle biológico de pragas em cultivos comerciais como alternativa ao uso de agrotóxicos. **Revista Verde de Agroecologia e Desenvolvimento Sustentável**, Mossoró/RN, v.1, n.2, p.01-09, 2006.

OLIVERIA-SILVA, J. J. et al. Influência de fatores socioeconômicos na contaminação por agrotóxicos, Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 35, n. 2, p. 130-135, 2001.

PEREIRA, R. F. C. Modernização da agricultura no brasil e as transformações da agricultura familiar. **Sociedade e desenvolvimento rural** [on line], v. 4, n. 1, 2010.

PERES, F. MOREIRA, J. C. **É veneco ou é remédio? Agrotóxicos, saúde e ambiente**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

PERES, F.; MORERIA, J. C. Saúde e ambiente em sua relação com o consumo de agrotóxicos em um pólo agrícola do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. Sup 4, p. S612-S621, 2007.

PINHEIRO, R. S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002.

RECENA, M. C. P.; CALDAS, E. D. Percepção de risco, atitudes e práticas no uso de agrotóxicos entre agricultores de Culturama, MS. **Rev Saúde Pública**, v. 42, n. 2, p. 294-301, 2008.

RIQUINHO, D. L.; GERHARDT, T. E. Doença e Incapacidade: dimensões subjetivas e identidade social do trabalhador rural. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 19, n. 2, p.320-332, 2010.

RODAHL, K. Occupational Health Conditions in Extreme Environments. **Ann. occup. Hyg.**, v. 47, n. 3. p. 241-252, 2003.

SANTOS, G. C. et al. Mercado de trabalho e rendimento no meio rural brasileiro. **Econ. Apl.** [online], v. 14, n. 3, p. 355-379, 2010.

SCHLINDWEIN, V. L. DC. Dor e sofrimento: a desproteção social dos trabalhadores do fumo. **Barbarói**. Santa Cruz do Sul, n. 32, jan./jul. 2010.

SCOPINHO, R. A. Condições de vida e saúde do trabalhador em assentamento rural. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.15(Supl. 1), p.1575-84, 2010.

SEYFERTH, G. **A colonização alemã no Vale do Itajaí-Mirim**. Porto Alegre: Movimento, 1974.

SILVA, E. F.; RAMOS, Y. S. Processo de trabalho na produção de verduras no Alvinho, em Lagoa Seca/PB: a atividade dos trabalhadores e sua relação com o processo saúde–doença. **Aletheia**, v. 28, p.159-173, 2008.

SILVA, J. M. et al. Agrotóxico e trabalho: uma combinação perigosa para a saúde do trabalhador rural. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 891-903, 2005.

SIQUEIRA, S. L. KRUSE, M. H. L. Agrotóxicos e saúde humana: contribuição dos profissionais do campo da saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v.42, n.3, p. 584-90, 2008.

SOARES, W. L.; FREITAS, E. A. V.; COUTINHO, J. A. G. Trabalho rural e saúde: intoxicações por agrotóxicos no município de Teresópolis - RJ. **Rev. Econ. Sociol. Rural** [online]. v. 43, n. 4, p. 685-701, 2005.

SOUZA, A. S. et al. Avaliação do impacto da exposição a agrotóxicos sobre a saúde de população rural. Vale do Taquari (RS, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 8, p. 3519-3528, 2011.

SOUZA, E. C. F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24 (Sup 1), p. S100-S110, 2008.

SOUZA, M. G. MANDÚ, E. N. T. Percepções de enfermeiros sobre a Estratégia Saúde da Família. **Cienc Cuid Saude**, vol. 9, n. 4, p. 643-50, 2010.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, UNESCO: Ministério da Saúde, 726p., 2004.

TEIXEIRA, J. C. Modernização da agricultura no Brasil: impactos econômicos, sociais e ambientais. **Revista Eletrônica da Associação dos Geógrafos Brasileiros**, Três Lagoas-MS, v. 2, n. 2, 2005.

TRAVASSOS, C. T.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. Sup 2, p. S190-S198, 2004.

VEIGA, Marcelo Motta. Agrotóxicos: eficiência econômica e injustiça socioambiental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 1, p. 145-152, 2007.

VEIGA, M. M. et al. A contaminação por agrotóxicos e os Equipamentos de Proteção Individual (EPIs). **Rev. bras. Saúde ocup.**, São Paulo, v. 32, n. 116, p. 57-68, 2007.

WANDERLEY, M. N. B. Raízes históricas do campesinato brasileiro. In: TEDESCO, J.C. **Agricultura familiar**: realidades perspectivas. 2 ed. Passo Fundo: EDIUPF, 1999.

ARTIGO 2

4.2 INTERFACE ENTRE O TRABALHO EM SAÚDE E O TRABALHO RURAL NO CONTEXTO DA EXPOSIÇÃO A AGROTÓXICOS

INTERFACE ENTRE O TRABALHO EM SAÚDE E O TRABALHO RURAL NO CONTEXTO DA EXPOSIÇÃO A AGROTÓXICOS

Resumo: Pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo exploratório-descritivo desenvolvido com 15 profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família do município de Nova Palma/RS. Os objetivos foram caracterizar os aspectos sócio-demográficos dos profissionais de saúde de ESF; e conhecer a atuação dos profissionais de saúde de ESF frente ao trabalhador rural exposto a agrotóxico. Os dados foram coletados a partir de observação não participante e entrevista semi-estruturada. Emergiram as seguintes categorias para discussão: caracterização sócio demográfica dos participantes da pesquisa; atuação dos profissionais de saúde no espaço rural; e conduta do profissional de saúde em casos de intoxicação. A categoria atuação dos profissionais de saúde no espaço rural está dividida nas subcategorias: profissionais de ESF e o meio rural; percepção acerca das doenças e intoxicações causadas por agrotóxicos e ações futuras. A categoria conduta do profissional de saúde em casos de intoxicação compreende as subcategorias: identificação e notificação de casos de intoxicação; e conduta sintomática e rede de cuidados. Frente aos achados da pesquisa pontua-se que as políticas públicas de saúde até hoje criadas, não foram efetivamente incorporadas pelos profissionais e pelos serviços de saúde. Há muito que se percorrer para que as políticas voltadas à saúde do trabalhador sejam tomadas como possibilidade de manutenção da saúde dos trabalhadores, e não ser apenas vinculada ao adoecimento. O trabalho e o trabalhador rural devem receber atenção durante as visitas domiciliares e em grupos de educação em saúde.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador Rural. Agrotóxicos. Saúde da Família.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a atenção à saúde vem se desenvolvendo mediante diversas experiências e estratégias, na tentativa de oferecer à população um atendimento satisfatório e de qualidade. O Sistema Único de Saúde (SUS) é composto por um contexto amplo de política pública e seguridade social, que abrange as políticas de saúde, as políticas de previdência e assistência social. Traz como princípios doutrinários a universalidade, a equidade e a integralidade e como princípios organizativos a regionalização e hierarquização, a descentralização e comando único e a participação popular (ROSA; LABATE, 2005; BAPTISTA, 2005; CUNHA; CUNHA, 2001).

Planejamento e implementação de ações de saúde voltadas para cada contexto social são necessários para o alcance da efetividade na atenção básica. Para isso, são exigidos conhecimentos detalhados sobre as condições de vida das pessoas, sobre as especificidades do processo de organização das ações realizadas na assistência à saúde e gestão do trabalho das equipes e dos profissionais envolvidos para ser possível delinear o que é possível fazer em um determinado local (KRUG, et al., 2010).

Nessa perspectiva insere-se a Estratégia Saúde da Família (ESF) para instigar os profissionais de saúde a comprometerem-se com a população e a lhe oferecer respostas. Isso

acontece à medida que se aproximam das famílias, inteiram-se de suas necessidades e demandas ao longo do tempo e comprometem-se com elas. Para tanto, devem enfrentar os limites do setor para responder às demandas, buscando estratégias para realizar o novo (SOUZA; MANDÚ, 2010).

Tendo em vista que os profissionais de ESF atuam na perspectiva do contexto de cada usuário, é coerente considerar que este usuário, por vezes, é um trabalhador o qual chega até o serviço de saúde com uma demanda originada no próprio trabalho. Desse modo, é importante que os profissionais de saúde atentem para as questões relacionadas aos diferentes tipos e formas de trabalho, que potencialmente desencadeiam adoecimento nos trabalhadores. Para isso, o processo de trabalho da ESF deve ser interdisciplinar e em equipe, primando pela valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva (BRASIL, 2006).

Na relação estabelecida entre trabalhador e processo de trabalho, há que considerar os diversos riscos ambientais e organizacionais aos quais estão expostos. A partir disso, as ações de saúde voltadas ao trabalhador devem ser incluídas formalmente na agenda da rede básica de atenção à saúde. Isso amplia a assistência ofertada aos trabalhadores, na medida em que são entendidos como indivíduos sujeitos a um adoecimento específico que exige estratégias, também específicas, de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2001).

Nesse sentido, ressaltam-se as diferenças das condições de trabalho entre zona urbana e rural, o que influencia diretamente na saúde dos trabalhadores. A agricultura é a atividade humana que ocupa as maiores áreas terrestres e uma das que mais provoca modificações ao meio ambiente.

A exposição aos riscos ocupacionais na atividade rural é considerada um problema de saúde pública, especialmente porque é determinante de morbidade e de consequências sociais e econômicas, sendo a utilização de agrotóxicos um dos fatores determinantes para isso (LEITE; TORRES, 2008; MENEGAT; FONTANA, 2010).

Assim, o desenvolvimento de estratégias capazes de viabilizar a promoção da saúde do trabalhador rural deve ser uma das metas dos profissionais de saúde atuantes em espaço rural. Dentre as estratégias cita-se: a atenção quanto ao uso e abuso dos agrotóxicos; combinação entre saberes populares e científicos; e melhoria de acesso à saúde, especialmente a preventiva (MENEGAT; FONTANA, 2010).

Diante do exposto, a questão norteadora delineada para o presente artigo foi: como a problemática da exposição dos trabalhadores rurais aos agrotóxicos é trabalhada pelos profissionais de saúde de uma Estratégia de Saúde da Família?

Os objetivos do estudo foram: caracterizar os aspectos sócio-demográficos dos profissionais de saúde de ESF e conhecer a atuação dos profissionais de saúde de ESF frente ao trabalhador rural exposto a agrotóxico.

PERCURSO METODOLÓGICO

O estudo utilizou a abordagem qualitativa, caracterizando-se como uma pesquisa exploratório-descritiva. O cenário da pesquisa foi o município de Nova Palma, situado na Quarta Colônia de imigração italiana no estado do Rio Grande do Sul, o qual localiza-se na região central do estado. Possui uma população de 6.342 habitantes, sendo que destes 48,6% reside na área urbana e 51,4% na área rural.

As propriedades rurais do município caracterizam-se pela agricultura familiar que é aquela em que a família, ao mesmo tempo em que é proprietária dos meios de produção, assume o trabalho no estabelecimento produtivo (WANDERLEY, 1999). A economia do município é baseada em 3 setores: agrícola, com produção de feijão preto, fumo, milho e soja; pecuário, com a criação de bovinos de corte e de leite, ovinos e suínos; industrial, de basalto, movelaria, refrigeração, massas alimentícias, agroindústria de cereais e produtos coloniais (IBGE, 2010).

Os participantes do estudo foram 15 profissionais de saúde da equipe básica da Estratégia de Saúde da Família, incluindo 03 enfermeiros, 03 médicos, 03 técnicos em enfermagem e 06 agentes comunitários de saúde (ACS), atuantes nas 03 equipes de ESF existentes no município. A escolha dos ACS foi por sorteio tendo pelo menos um representante de cada equipe.

Como critérios de inclusão dos participantes elegeram-se: estar atuando nas equipes de saúde da família há, pelo menos, três meses e como critério de exclusão estar em férias ou em licença de qualquer natureza no período de coleta dos dados.

O período de coleta de dados compreendeu os meses de fevereiro a agosto de 2012 e para coletar os dados foram empregadas observação não participante e entrevista semi-estruturada.

As observações foram realizadas por um período de 06 dias, com um tempo médio de observação por dia de 4 horas, totalizando um tempo contínuo de observação de 24 horas. Foi

solicitada, aos participantes, a autorização para gravação da entrevista, tendo em vista a reprodução fiel das conversas na forma de texto. Após foram transcritas na sua totalidade, para que fossem analisadas.

A análise dos dados das entrevistas e observações ocorreu por meio da análise temática. A análise temática é uma das várias modalidades de análise de conteúdo propostas por Minayo (2007), a qual coloca que os dados são analisados tendo o tema como núcleo de sentido, por meio do qual será classificado o material, e cuja frequência ou presença tem um significado para o objeto analítico.

Após a obtenção destes instrumentos, a pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, no qual está registrado sob o nº 0348.0.243.000-11.

Aos participantes da pesquisa foi disponibilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias de igual teor, sendo uma ficando com a pesquisadora e outra com o participante. Na seção dos resultados, os trechos das entrevistas foram identificados pela inicial da categoria profissional do participante, seguida do número correspondente à ordem de realização das mesmas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos resultados e discussão do tema foram estruturadas duas categorias: **atuação dos profissionais de saúde no espaço rural; e conduta do profissional de saúde em casos de intoxicação.**

Os dados sócio demográficos apresentados a seguir foram organizados com a finalidade de caracterizar o grupo de profissionais de saúde participantes da pesquisa. A caracterização sócio-demográfica demonstrou que os 15 participantes do estudo possuíam em média 34 anos de idade, 11 eram do sexo feminino, 12 eram concursados e 13 residiam no município. Quanto ao estado civil 07 eram casados/com companheiro, 06 eram solteiros e 02 eram separados/divorciados.

A média para o tempo de formado foi de 12,5 anos e para o tempo de trabalho na ESF do município foi de 05 anos. As três equipes de Saúde da Família existentes no município operavam com a equipe mínima completa prevista na legislação, que é composta por médico, enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Conhecer o perfil e a formação dos profissionais que atuam nas ESFs pode contribuir para a construção de ações formativas e educativas na área, visando garantir a implementação e a efetividade dos princípios da ESF, considerando, para tanto, as características dos profissionais como forma de possibilitar a participação e o comprometimento, atitudes que se refletem no planejamento, desenvolvimento e avaliação dessas ações (ZANETTI et al., 2010).

Com relação ao perfil etário, também encontrado em outros estudos, vê-se que de modo geral são profissionais que provavelmente tiveram oportunidade de vivenciar outras experiências profissionais e pessoais. Esse fato pode contribuir para um melhor desempenho no trabalho junto à equipe de Saúde da Família. Ao mesmo tempo, são profissionais jovens no auge da produtividade e com condições físicas para poder atender os usuários nos diferentes contextos de moradia no qual se encontram. (CAMELO; ANGERAMI, 2008; COTTA; et al., 2006).

A maior parte dos profissionais é residente no município. Assim, é possível que estes conheçam com maior profundidade a realidade de saúde do mesmo, podendo definir com maior precisão as necessidades dos usuários. O tempo de formado e o tempo de atuação na ESF apontam para profissionais experientes e conhecedores do seu processo de trabalho. Os profissionais eram majoritariamente do sexo feminino, sendo do sexo masculino os três médicos e um agente comunitário de saúde. As pesquisas de Camelo e Angerami (2008) e Zanetti et al. (2010) apresentaram perfil semelhante para o sexo dos profissionais da ESF.

Quase que a totalidade dos profissionais de saúde trabalha na ESF mediante concurso público. Isso indica para tendência de menor rotatividade, que representa ser um elemento importante para a inserção dos profissionais na comunidade, pois favorece a formação de vínculo e contatos efetivos, possibilita melhor conhecimento de suas necessidades e maior possibilidade de dar continuidade aos programas desenvolvidos nas unidades, qualificando a atenção prestada (COTTA; et al., 2006; ZANETTI et al., 2010).

Sobre o estado civil tem-se praticamente uma equivalência entre os casados/com companheiro e os solteiros. Alguns autores consideram que têm sido uma tendência da atual sociedade, os jovens optarem pelo não casamento, ou acabarem deixando-o para uma fase mais tardia de suas vidas, ficando mais disponíveis para o serviço e para a qualificação profissional, enquanto os casados, e especificamente as mulheres, enfrentam dupla jornada de trabalho (PINTO; MENEZES; VILLA, 2010).

A categoria **atuação dos profissionais de saúde no espaço rural** está dividida em três subcategorias a saber: **profissionais de ESF e o meio rural; percepção acerca das doenças e intoxicações causadas por agrotóxicos e ações futuras.**

A categoria **conduta do profissional de saúde em casos de intoxicação compreende as subcategorias: identificação e notificação de casos de intoxicação; e conduta sintomática e rede de cuidados.**

Atuação dos profissionais de saúde no espaço rural

O município possui 51,4% da sua população na área rural (IBGE, 2010), onde além de residirem, muitos trabalhadores exercem suas atividades laborais neste meio. No entanto, a subcategoria **profissionais de ESF e o meio rural** mostra que tal característica não influencia no planejamento de ações pelos profissionais de saúde da ESF. Estes fragmentos de fala ilustram esta questão:

Não vou te dizer que a gente leva isso muito em conta as vezes...tu não pensa nisso, tu até pode planejar ações, mas tu não pensa na hora de planejar que este município é baseado na agricultura... apesar da minha área de ESF ser toda ela rural. Então, a gente volta para questões que todos os outros trabalham: diabéticos, hipertensos, crianças, gestantes. Não tem ações específicas por ser um município agrícola. (ENF. 01)

[...] na verdade, a gente nunca deu muita ênfase pra esse tipo de população. Então tem coisas que a gente não tem o que te responder, porque realmente não é feito [...] (ENF. 07)

A gente quando vai fazer um trabalho de educação em saúde na comunidade, não é uma rotina o que a gente vai falar, nós não temos uma rotina! Mas quando se está reunido na comunidade, às vezes, até entra esse assunto (*agrotóxicos*) porque, a gente [...] fala sobre a alimentação saudável, daí acaba entrando a questão dos agrotóxicos porque a própria participação dessas pessoas na hora ali eles até acabam comentando sobre veneno, que a gente “come” veneno, aí a gente acaba entrando nesse assunto. Então a gente faz assim, um dia quando faz uma reunião, por exemplo, da terceira idade, aproveita nesse dia que está a comunidade reunida. (ENF. 12)

Em diferentes estudos (SCHLINDWEIN, 2010; PERES; MOREIRA, 2003; SIQUEIRA; KRUSE, 2008; SCHWARTZ; LANGE; MEINCKE, 2001; PERES, 2009) os aspectos inerentes ao trabalho rural, como a sobrecarga, as formas de trabalho e a exposição a agrotóxicos, são apontados como determinantes no aparecimento de doenças. Porém, os trabalhadores rurais do município não recebem nenhum tipo de cuidado específico que considere os aspectos inerentes ao trabalho rural.

As ações planejadas e executadas pelos profissionais de saúde da ESF são voltadas para os usuários com doenças crônicas que, na sua maioria por serem idosos, não mais executam atividades ligadas ao meio rural, bem como para grupos específicos, como gestantes e crianças,

para os quais o planejamento e execução das ações são estimulados por políticas públicas de saúde federais.

A Visita Domiciliar, atividade inerente ao trabalho na ESF, não focaliza a relação agrotóxico-trabalho rural. Elas acontecem, prioritariamente, por meio de agendamentos de casos para pessoas com necessidades bem definidas: idosos, pessoas acamadas, pessoas que possuam deficiência mental e/ou física, diabéticos, hipertensos e gestantes. O agente comunitário de saúde (ACS) é o profissional que realiza as visitas domiciliares a todas as famílias de sua microárea e os demais profissionais da equipe apenas se deslocam para os domicílios nos casos acima referidos.

O estabelecimento de prioridades para a realização das vistas domiciliares (VD) foi observada por meio da observação não participante, em uma reunião para fechamento de relatório mensal de uma das equipes de ESF. Os ACSs passaram para a enfermeira, os casos que necessitavam de vista médica ou de enfermagem, sendo a prioridades para os grupos acima descritos.

As visitas para quem tem mais dificuldade de vim até a unidade, por exemplo, mora muito distante, diabético, hipertenso, alguma deficiência mental, alguma deficiência física...seriam as prioridades, o que a gente faz primeiro. (ACS 05)

Nas visitas depende do tipo de clientela. A gente vai fazer visita nas gestantes ou puérperas, idosos, acamados, mais frágeis, né, que tão lá com a doença bastante já bem afetado ou com problemas de úlcera de decúbito ou pessoas que usam sonda [...] para dizer a verdade nas visitas é difícil, depende da hora: se a pessoa estava com algum problema pode até abordar, se é algum problema relacionado. Mas especificamente pra isso [...] a gente não vai lá só para fazer uma orientação sobre agrotóxico. (ENF. 12)

A VD se constitui em um conjunto de ações de saúde voltadas ao atendimento tanto educativo quanto assistencial, além de ser uma atividade utilizada com o intuito de subsidiar a intervenção no processo saúde-doença de indivíduos ou no planejamento de ações visando à promoção da saúde da coletividade (BRASIL, 2003).

Pesquisa realizada no estado brasileiro de Mato Grosso identificou que, na maioria das vezes, a visita é realizada somente pelos ACS, de forma que a presença de outros profissionais na visita é pontual e não houve relatos da realização desta atividade com a participação de toda a equipe multiprofissional (GAÍVA; SIQUEIRA, 2011).

A partir da visita domiciliar são traçados o plano e as estratégias de ação a serem desenvolvidos pela equipe junto à família. O ACS, como membro da comunidade, é portador de um saber próprio sobre a realidade local, o que lhe possibilita um olhar diferenciado em relação

aos demais profissionais da equipe sobre os problemas e necessidades da população. Contudo, espera-se que a VD seja organizada a partir de um planejamento coletivo com os demais membros da equipe, o que proporciona uma articulação de saberes e propostas de ações interdisciplinares para cada família (ABRAHÃO; LAGRANGE, 2007; GAÍVA; SIQUEIRA, 2011).

Com relação aos agrotóxicos observou-se que, desde que passaram a ser utilizados em grande escala, seus efeitos tóxicos não se limitaram apenas aos alvos a que se destinavam, apresentando risco à saúde humana e animal, e ao meio ambiente (DOMINGUES et al., 2004). Entretanto, tais constatações que também são apontadas em dezenas (ARAÚJO et al., 2007; SOARES; ALMEIDA; MORO, 2003; TAMAZIN; ZAMBRONE, 2008; RIBAS; MATSUMURA, 2009) de artigos científicos, não foram suficientes para mobilizar iniciativas governamentais consistentes para atender ao trabalhador rural exposto a agrotóxico.

No município em estudo, a temática dos agrotóxicos é abordada de forma discreta nos grupos de educação em saúde, os quais ocorrem nas comunidades da área rural em meio a assuntos gerais quando é falado sobre alimentação saudável, ou no consultório médico quando há casos de intoxicação. Outro estudo realizado em municípios rurais também apontou para a incorporação de uma concepção de necessidades de saúde centrada na doença (UCHOA et al., 2011).

No Brasil, as políticas de desenvolvimento são traçadas de forma paralela ou pouco articuladas com as políticas sociais havendo investimento nos aspectos econômicos em detrimento do ambiente e da saúde. Assim, para que o Estado cumpra com seu papel de proteção a saúde da população, é necessária à formulação e implantação de políticas e ações de governo transversais e intersetoriais (BRASIL, 2004).

No entanto, já existe no país legislação e medidas estratégicas que podem dar arcabouço teórico para a construção de um olhar integral a saúde do trabalhador. A partir das leituras realizadas para o desenvolvimento da presente discussão elaborou-se um modelo, como forma de visualizar a problemática da saúde do trabalhador inscrito no contexto do SUS. Esse modelo foi criado e denominado nesse estudo como: o modelo do círculo, do triângulo e dos pontos (APÊNDICE G).

O círculo simboliza o SUS com seus princípios doutrinários e organizativos, no qual estão inseridas as políticas de saúde pública. O círculo transmite uma ideia de continuidade e inter-relação entre as diferentes políticas nele existentes. O triângulo representa as políticas relacionadas à saúde do trabalhador, estando na sua base a lei 8.080/1990, com a definição de

saúde do trabalhador como um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

Em um dos lados do triângulo encontra-se a Atenção Básica, a qual considera:

o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006, p.03)

No mesmo lado, está a Estratégia Saúde da Família que deve atuar no seu território de abrangência, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população (BRASIL, 2006a).

No outro lado do triângulo assenta-se a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (2004) que considera que a saúde dos trabalhadores é condicionada por fatores sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais relacionados ao perfil de produção e consumo, além de fatores de risco de natureza físicos, químicos, biológicos, mecânicos e ergonômicos presentes nos processos de trabalho (BRASIL, 2006a).

Os pontos são aqueles que estão presentes na intersecção entre os lados, bem como destes com a base. Diferentemente do círculo, o triângulo possui angulações entre as linhas que formam sua estrutura. Isso remete para o que acontece na prática, com relação à saúde do trabalhador e especialmente relacionada à saúde do trabalhador rural, onde se percebe, por meio de estudos já publicados e também no presente estudo, que há uma dificuldade de se abordar os aspectos inerentes ao trabalho rural como determinantes sociais de adoecimento.

Desse modo, no âmbito conceitual as políticas se complementam, porém na prática cada política opera no seu lado e quando chega ao ponto de intersecção, onde deveria se visualizar a troca e a complementaridade, a angulação aí existente impede que a saúde do trabalhador rural seja vista na sua integralidade e pelas diferentes políticas.

Ressalta-se que as angulações podem ser entendidas como o despreparo dos profissionais de saúde da atenção básica para atender a essa população; a negação do trabalho rural como fator de adoecimento, tendo em vista que essa atividade é necessária economicamente para o município; ou pelo fato de as políticas não estarem sendo bem

executadas não só pelos profissionais de saúde que se encontram na assistência, mas também pelas diferentes esferas do governo.

O modo de interpretar a operacionalização da política de saúde do trabalhador, ou a falta dela, por meio da elaboração do modelo “do círculo, do triângulos e dos pontos” foi fortalecido quando se confrontou os achados da presente pesquisa onde não se tem ações específicas direcionadas ao trabalhador rural, com o documento do Ministério da Saúde intitulado “Diretrizes para Atenção Integral à Saúde do Trabalhador de Complexidade Diferenciada - Protocolo de Atenção à Saúde dos Trabalhadores Expostos a agrotóxicos” (BRASIL, 2006b), no qual estão descritos entre outras diretrizes, sugestão de atuação dos profissionais da equipe de saúde da família.

As ações sugeridas pelo protocolo citado incluem: comunicar situações de exposição e de risco; diagnosticar e tratar conforme protocolo; caracterizar exposição; estabelece o nexos causal; notificar à vigilância; identificar a população exposta na área de abrangência; identificar os produtos utilizados e sua finalidade; identificar manifestações de saúde relacionadas ao uso dos agrotóxicos referidos; emitir Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT); orientar quanto aos procedimentos trabalhistas e previdenciários; encaminhar para cuidado especializado se necessário; orientar quanto à prevenção de novos episódios; realiza visita ao local de trabalho; registrar caso e alimentar base de dados; dar o primeiro atendimento aos casos graves conforme protocolo; providenciar a remoção do paciente para o serviço de urgência/hospital; encaminhar para o serviço de urgência/hospital; atender egressos de atendimento de urgência/hospital; desenvolver ações de promoção à saúde (BRASIL, 2006).

As ações dos profissionais de saúde deve se orientar pela necessidade de que além da atenção integral de qualidade e resolutiva que deve ser dispensada ao usuário que procura o serviço de saúde, sejam promovidas mudanças no processo de trabalho responsável pelo adoecimento, de modo a permitir que o trabalhador continue trabalhando sem risco de uma recaída ou agravamento da situação, ou a evitar que outros venham a adoecer (DIAS, 2006).

Para que a ESF torne-se de fato a ruptura do modelo biomédico, enraizado tanto na formação profissional quanto na prática assistencial, faz-se necessário que a equipe tenha como objetivos centrais a prestação de assistência integral, contínua, com resolutividade e qualidade, às necessidades de saúde da população adscrita (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

Seguindo nessa linha de pensamento, também é necessário encontrar estratégias para o atendimento dos problemas de saúde relacionados ao trabalho, com práticas em consonância com as diretrizes estabelecidas pelo SUS no que tange à saúde do trabalhador, com a pretensão de

abandonar as ações focais e fragmentadas vistas na assistência à saúde do trabalhador, e avançar na busca de ações com uma visão holística do ser humano (KARINO; MARTINS; BOBROFF, 2011).

É possível que alguns profissionais de saúde tenham dificuldade de abordar o tema “agrotóxico” com o trabalhador rural pela dependência entre a utilização de agrotóxicos e a geração de renda no meio rural.

A gente tem, às vezes, um pouco de dificuldade principalmente em se tratando de agrotóxico para poder passar isso pra eles, porque [...] trabalhar com agrotóxico depende a renda deles, porque assim, hoje em dia está sendo criada uma mentalidade ou não sei, parece uma necessidade também, que não produz quase nada sem o uso de agrotóxico [...] então é bem delicado, com a agricultura as vezes a gente fica...dos dois lados assim, tu fica as vezes indignado por ver que o agricultor não dá muita bola para o que teria que dar, pra se cuidar e, ao mesmo tempo, as vezes a gente fica pensando “bah, mas não tem outra alternativa”. (ACS 04)

Pedir pra que diminuíssem [...] só que pra quem planta [...] acho que é difícil tu pedir pra eles diminuírem a quantidade de veneno, eles dependem também daquilo pra sobreviver, se eles perderem eles não vão ter. (ACS 10)

Dentro da política de desenvolvimento agrícola, o aumento da produção vem sendo conseguida, na maioria das vezes, pela utilização crescente de insumos modernos como agrotóxicos e fertilizantes, os quais colocam as pessoas expostas a um excessivo risco de contaminação (MAGALHÃES, 2011). Contudo, a relação existente entre produtividade e o uso de agrotóxicos, na prática dos serviços de saúde, faz com que as orientações dos profissionais de saúde quanto aos cuidados no manejo e a diminuição na quantidade do produto sejam suprimidas pela necessidade de aumentar a produtividade e obter lucro.

Destaca-se que a dificuldade de abordar o tema “agrotóxico” na realidade do município investigado emergiu no discurso dos agentes comunitários de saúde. Como profissionais na área da saúde preocupam-se com os trabalhadores rurais por estes negligenciarem o cuidado com a própria saúde em função do trabalho. Entretanto, por residirem na mesma área dos trabalhadores rurais, por terem familiares que dependem do trabalho rural para sobreviver e por vezes auxiliarem nas atividades no meio rural, visualizam as duas faces envolvidas na problemática existente entre produtividade e uso de agrotóxicos. Isso interfere no processo de orientação aos trabalhadores rurais, pois o tema tende a ficar adormecido e até mesmo negado pelos ACSs.

No que se refere às demais categorias profissionais, Rozemberg e Peres (2003) consideram que se o profissional não compreende, ou não leva em conta, o universo no qual trabalha, a realidade do campo, tende a transmitir o conhecimento produzido em sua realidade

específica (academia) para um grupo populacional distinto, promovendo não só o fracasso da prática educativa, mas por vezes a violação e a descaracterização de padrões culturais.

Desse modo, estas diferentes visões dos profissionais de saúde em torno da exposição dos trabalhadores rurais aos agrotóxicos, faz com que o tema seja tratado com melindre, de tal maneira que é deixado em segundo plano na agenda de ações para prevenção de agravos, sendo rememorado quando surgem casos de adoecimento decorrentes do uso dos agrotóxicos.

Para isso, se faz necessário conhecer onde, em quem, com que frequência, como e por que as doenças ocorrem. É preciso conhecer as condições em que vivem as pessoas acometidas, o valor por elas atribuído a essas doenças e os prováveis fatores que determinam e condicionam o aparecimento e a manutenção das enfermidades (FARIA et al., 2009).

Durante o período de realização da pesquisa não foi observado nenhum caso de intoxicação por agrotóxico. Os trabalhadores rurais que adentravam a unidade de saúde buscavam por atendimento médico a demandas não relacionadas diretamente ao trabalho rural, as quais estavam geralmente relacionadas a existência de doenças crônicas, a exemplo da hipertensão e diabetes.

Na subcategoria **percepção acerca das doenças e intoxicações** causadas por agrotóxicos, os profissionais de saúde identificam a relação causa-efeito entre os agrotóxicos e o aparecimento de câncer, depressão e intoxicações.

[...] três casos de leucemia [...] o último que faleceu trabalhava com fumo, fumo é totalmente exposto ao agrotóxico e o outro era com soja, os dois cultivos que mais usam agrotóxicos [...].intoxicação normalmente é com o fumo [...] (TEC. ENF. 14)

tem bastante doenças que vem do trabalho rural, muita gente assim com câncer que advém do uso de agrotóxicos [...] principalmente de pulmão e de estômago. (ACS 15)

[...] câncer a gente tem bastante aqui e a gente tem muitos problemas de saúde mental e esse acho que a gente liga mais ao uso de agrotóxico prolongado [...] a gente tem muito suicídio aqui na cidade, a gente tem bastante [...] principalmente no interior que cometem suicídio são plantadores de fumo principalmente, acho que é mais assim, que aparece mais. (ENF. 07)

[...] depressão associada ao uso do agrotóxico cronicamente, acho que a maior,...melhor associação causa-efeito que tem, a mais visível é essa aí...a longo prazo, não aquela intoxicação aguda, mas a longo prazo. (MED. 08)

[...] fumo principalmente é uma coisa impressionante do que dá de intoxicação. Na minha área, ano passado, uma pessoa ficou internada duas vezes na época de colher o fumo mesmo, se sentiu muito mal, começou a vomitar aí internaram, fizeram tratamento. (ACS 04)

Com relação ao câncer, foi especificado o câncer de estômago, pulmão e leucemia. Os profissionais relatam que a depressão é diagnosticada em trabalhadores rurais que manipulam agrotóxicos havendo casos de suicídio em decorrência da mesma. Os trabalhadores rurais que cultivam fumo apresentam mais casos de intoxicação aguda e crônica. As intoxicações agudas apresentam maior incidência no verão, época do ano em que a utilização de agrotóxicos na fumicultura é feita em maior quantidade.

Os relatos dos casos de câncer e de depressão relacionados ao uso de agrotóxicos foram citados empiricamente pelos profissionais de saúde, a partir das observações do cotidiano de trabalho tendo em vista que nunca houve no município estudos que comprovassem tal relação. No que tange a identificação de casos de intoxicações por agrotóxicos nos fumicultores, segue a mesma linha de pensamento onde eventualmente é feita a relação.

Os agrotóxicos são agentes constituídos por uma grande variedade de compostos químicos desenvolvidos para matar, exterminar, combater, repelir a vida, além de controlarem processos específicos, como os reguladores do crescimento. Normalmente, têm ação sobre a constituição física e a saúde do ser humano, além de se apresentarem como importantes contaminantes ambientais e das populações de animais a estes ambientes relacionados (ANVISA, 2002).

A saúde humana pode ser afetada pelos agrotóxicos diretamente, através do contato com estas substâncias ou através do contato com produtos e/ou ambientes por estes contaminados, e indiretamente, através da contaminação da biota de áreas próximas a plantações agrícolas, que acaba por desequilibrar os ecossistemas locais trazendo uma série de injúrias aos habitantes dessas regiões. As formas de exposição responsáveis pelos impactos destes agentes sobre o homem são razoavelmente conhecidas (PERES, et al., 2005).

Conforme Souza et al. (2011) as intoxicações por agrotóxicos podem provocar diminuição das defesas imunológicas, anemia, impotência sexual, cefaleia, insônia, alterações de pressão arterial e distúrbios de comportamento. Nesse sentido, é fundamental incentivar o conhecimento pormenorizado dos efeitos agudos e crônicos e que se estimulem de forma prioritária as restrições ao uso de agrotóxicos pelos riscos que oferecem.

Deve-se considerar também que muitos dos efeitos dos pesticidas permanecem no organismo por longo período mesmo após a suspensão da exposição ao agente. Esse efeito é decorrente da meia-vida longa, da existência de metabólitos ativos e de sua alta lipossolubilidade que leva a depósito em tecido adiposo (SOUZA; et al., 2011).

Os casos de câncer relacionados à exposição a agrotóxicos são evidenciados em outros estudos apesar de, do ponto de vista epidemiológico, a avaliação do potencial carcinogênico dos agrotóxicos ser complexa. As dificuldades são inúmeras devido à heterogeneidade dos compostos utilizados, à diversidade de métodos de aplicação e à ausência de dados adequados sobre a natureza da exposição (JOBIM et al., 2010).

Estudo realizado no município gaúcho de Ijuí demonstrou maior prevalência de mortalidade por neoplasias associadas ao uso de agrotóxicos em comparação com o Rio Grande do Sul (RS) e com todo o país. Considerando que os homens possuem uma exposição ocupacional maior do que as mulheres no que diz respeito ao trabalho na agricultura (plantio, aplicação de defensivos, adubos, etc.), eles apresentaram uma mortalidade média por câncer maior do que as mulheres no Brasil e RS (JOBIM et al., 2010).

Mesmo que os profissionais de saúde tenham citado alguns tipos de câncer que poderiam ter relação com a exposição a agrotóxicos, a literatura aborda o câncer de forma ampla e sem especificações, pois esta é uma doença multifatorial em que interações gene-ambiente estão presentes em maior ou menor grau, o que influi tanto no seu estabelecimento, quanto no tempo de duração pré-clínico e clínico. Além disso, os estudos, majoritariamente, concluem que mais investigações devem ser realizadas para o efetivo estabelecimento de relação entre as variáveis ambientais, como é o caso da ação crônica de defensivos agrícolas, e o desenvolvimento de câncer.

Em decorrência da intoxicação por agrotóxicos, os sintomas mais frequentes são náuseas, vômitos, erupções cutâneas, perda da memória e depressão. Os sintomas depressivos têm sido associados ao uso crônico de agrotóxicos e a depressão é um achado constante dentre os suicidas. Possíveis relações causais entre uso de agrotóxicos levando à depressão, que leva ao suicídio restam sem comprovação sendo suscitada a continuação das investigações (MEYER; RESENDE; ABREU, 2007).

Nessa perspectiva, Levigard e Rozemberg (2004) em pesquisa sobre as queixas de “nervoso” em trabalhadores rurais, chamam a atenção para a necessidade de os profissionais de saúde da ESF, com base na abordagem territorial que permeia o modelo assistencial do SUS, considere a hipótese de intoxicação para trabalhadores rurais expostos a agrotóxicos quando estes apresentarem queixas de “nervoso”, que inclui irritabilidade, insônia e depressão. Soma-se a isso a necessidade de articulação entre os setores de saúde, educação, trabalho e agricultura, assim como a importância da escuta dos trabalhadores, de modo a conhecer sua interpretação a respeito da realidade em que vivem.

No discurso dos profissionais de saúde entrevistados, observou-se que a produção de fumo expõe maciçamente o trabalhador rural aos agrotóxicos. Assim, há uma facilidade em identificar o quadro de intoxicação quando o trabalhador chega à unidade de saúde com a sintomatologia. A partir de episódios de intoxicação aguda, este trabalhador poderá desenvolver outras doenças em decorrência da exposição prolongada.

Sobre isso, tem-se que o processo de trabalho na produção de fumo é considerado pelos trabalhadores como “trabalho pesado”, no sentido de que exprime um caráter escravizante de uma atividade pouco lucrativa e com pouco reconhecimento por parte da empresa fumageira para a qual eles trabalham. Os trabalhadores convivem com a precarização e com a intensificação do trabalho, e ainda há relatos de histórias de acidentes de trabalho relacionados com intoxicações por agrotóxicos devido à falta de proteção no manejo destes produtos (SCHLINDWEIN, 2010).

A produção do tabaco é feita, em geral, em baixa escala de produção por necessitar de muita mão de obra, restringindo-se às pequenas áreas e de acordo com a mão de obra disponível, que normamente é familiar. Isto gera uma relação inversamente proporcional a produtividade e a qualidade do produto, ou seja, quanto maior a área menor a qualidade e a produtividade, pois se trata de um cultivo que exige muita dedicação por isso a produção não se dá em escala empresarial (TROIAN, 2010).

Outra característica do cultivo do fumo é a produção em áreas de topografia acidentada, onde a utilização de mecanização é quase impraticável, o que dificulta a exploração de outras culturas para fins comerciais (BIOLCHI, 2003). Esta característica complexifica ainda mais o processo de trabalho na produção de fumo, aumentando o grau de esforço dos trabalhadores rurais. Isso é visível no município em estudo, uma vez ao percorrer as estradas não asfaltadas da área rural, se observa a existência de propriedades com pequenas áreas e de terrenos acidentados. O fumo apesar de ser considerado um cultivo de verão, tem suas atividades estendidas por quase todo o ano. A aplicação de agrotóxicos ocorre aproximadamente nos meses de outubro e novembro e a colheita ocorre entre dezembro e final de fevereiro (TROIAN, 2010).

A utilização de agrotóxicos nas lavouras brasileiras, de um modo geral, ainda é muito intensa. Embora tenha havido uma redução de cerca de um terço no volume de agroquímicos aplicados nas lavouras de fumo nos últimos dez anos, o uso de agrotóxicos continua causando preocupação. A cultura do fumo exige um ritmo de trabalho muito intenso, envolvendo toda a

família, principalmente no processo de secagem e classificação do produto na propriedade (BIOLCHI, 2003).

Nesse contexto, não se pode perder de vista que os riscos da contaminação por agrotóxicos estão intimamente relacionados às formas através das quais as populações se relacionam com os perigos existentes, processos estes fortemente enviesados por determinantes de ordem social, cultural e econômica. O difícil acesso às informações e à educação por parte dos trabalhadores rurais que usam agrotóxicos, bem como o baixo controle sobre sua produção, distribuição e utilização são alguns dos principais determinantes na constituição da precarização do trabalho no meio rural, configurando-se como um dos principais facilitadores do aparecimento de intoxicação e doenças e um dos maiores desafios da saúde pública (PERES, et al. 2005; HOSHINO et al., 2008).

Deste modo, os profissionais de saúde elencaram algumas ações que podem ser desenvolvidas com o objetivo de melhorar a atenção aos trabalhadores rurais expostos a agrotóxicos, bem como às novas gerações que nascem e crescem convivendo com a realidade do trabalho rural.

[...] teria que ir às escolas e falar muito sobre a prevenção porque quem já é adulto eles acabam achando que não é necessário [...] eu acho que não só pela estratégia como uma ação conjunta. Aí tu tem que ter envolvimento de vários órgãos [...] porque tu não pode trabalhar sozinho, porque tu depende de outros setores pra que as coisas sejam efetivadas [...] se vai dar orientação sobre as embalagens tóxicas tu tem que saber que tem que ter alguém um dia passar (*nas comunidades*) e recolher isso. Então, ação conjunta com a EMATER, que é um órgão muito importante que trabalha no interior, junto com a secretaria de agricultura, talvez até a cooperativa também trabalhar essa parte dos agrotóxicos e a estratégia saúde da família através das orientações [...] acho assim que nós tínhamos que fazer no município, um meio que se tornasse como uma rotina, pra trabalhar de vez em quando esse tema nas comunidades. Porque já que a maioria dos nossos pacientes são produtores rurais nós tínhamos que ouvir na comunidade o que a comunidade gostaria pra trabalhar e planejar junto uma estratégia de como as coisas funcionar. (*ENF. 12*)

[...] poderia ser ofertado que nem pela CAMPAL (*cooperativa*), que é onde se compra mais veneno, um técnico fazer palestras nas comunidades pra orientar o pessoal sobre riscos e proteção. Assim, bem como alguém da saúde também ir junto pras palestras pra explicar sintomas, prevenção. (*ACS 15*)

[...] ESF ter mais orientação, até mais orientação da parte agrônômica mesmo, de orientar o que, quais as possibilidades, outras opções pra isso, pra não se usar só isso e orientar sobre proteção mesmo, a gente tá tentando [...] em longo prazo mesmo, talvez aqui como quase todo mundo trabalha no meio rural, talvez se fosse bom trabalho em escola, orientar deste pequeno, talvez é mais fácil de mudar a cabeça quando é pré adolescente, adolescente do que depois de velho, já está usando faz tempo. (*MED. 13*)

Acho que essas orientações de descarte das embalagens, que eles (*trabalhadores rurais*) mesmos podem ter contato, que não polui só a água, mas eles mesmos [...] orientações frequentes, palestras [...] nós também aqui na cidade podíamos fazer até porque tem gente daqui que como os pais, nas escolas, os pais trabalham ou moram

pra fora, moram na zona rural. E os PSFs rurais também para orientação, até distribuição desses equipamentos de proteção individual que, às vezes, as pessoas por não terem informação acham que não precisam mesmo, nunca aconteceu nada, só que não aconteceu as vezes uma intoxicação aguda, mas um processo crônico vai acontecer em decorrência dos agrotóxicos, doenças mais pro futuro, a longo prazo. (MED. 08)

Nesse sentido, dois tipos de ações foram destacados: ações intersetoriais por meio do estabelecimento de parceria com a Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural (EMATER) e a Cooperativa Agrícola Mista Nova Palma Ltda (CAMNPAL); e trabalho educativo nas escolas e organização de palestras com a finalidade de orientar quanto ao descarte adequado de embalagens e uso de Equipamento de Proteção Individual.

Antes de se planejar tais ações se faz necessário que algumas considerações sejam feitas com relação ao processo saúde-doença e sua relação com o trabalho. O trabalho acrescenta um sentimento durável à vida, assim como contribui para a manutenção das engrenagens socioeconômicas por vezes tão opressoras quanto os processos biológicos (ARENDR, 2008). É por meio do trabalho que algumas relações se estabelecem, em especial no meio rural, em que as pessoas estão submetidas ao intenso uso do corpo e à manutenção da saúde, expressa em uma relação praticamente direta com essa atividade (DIAS et al., 2007).

Outro aspecto importante é que, mesmo alguns estudos apontando que em determinadas regiões do Brasil, o percentual de trabalhadores agrícolas do sexo masculino chega 97,5%, as mulheres que não trabalham diretamente na agricultura não estão isentas do contato direto com agrotóxicos, uma vez que as roupas usadas durante a aplicação são lavadas em casa por elas (RANGEL; ROSA; SARCINELLI, 2011).

O valor simbólico atribuído ao trabalho remete à ideia de ser útil à sociedade e de inserção na cadeia produtiva, mas essa atividade pode prejudicar o trabalhador, contribuindo para seu adoecimento. Enfatiza-se, assim, a necessidade de considerar o significado do fenômeno saúde e doença como ferramenta imprescindível para a formulação de programas de promoção e prevenção à saúde da população, em especial a rural, devido às suas dificuldades funcionais, geográficas e culturais em acessar serviços (RIQUINHO; GERHARDT, 2011).

Dessa forma, a saúde, na maioria dos casos, está para além da ausência de sintomas orgânicos desagradáveis; relaciona-se a aspectos físicos, psicológicos e comportamentais. Compreender tais concepções é uma aproximação das necessidades de saúde e poderá colaborar para o processo de interação entre equipe de saúde e usuários (RIQUINHO; GERHARDT, 2011).

A noção do cuidado em saúde requer essa dimensão ampliada da compreensão das condições de vida, considerando a individualidade dos atores, sem perder de vista o coletivo, o meio social em que vivem e se identificam.

Com estas reflexões, avança-se para o planejamento de ações que possam mudar a forma com que o trabalho e os trabalhadores rurais estão sendo vistos pelos profissionais de saúde. Estes por sua vez devem ter o entendimento de que o trabalho, além de representar ganhos econômicos, é um meio de inserção social do trabalhador e que, portanto deve haver investimentos na prevenção e não apenas na cura do adoecimento dele decorrente.

Nessa perspectiva, para uma efetiva ação em saúde do trabalhador é fundamental ampla integração da saúde, educação, ergonomia, psicologia, antropologia e sociologia, com os trabalhadores. As bases políticas e sociais para a melhoria da qualidade de vida do trabalhador brasileiro estão determinadas e fundamentadas nos princípios da Constituição Federal e do SUS (KARINO; MARTINS; BOBROFF, 2011).

Ao se pensar na (re)construção de ações e, conseqüentemente, de alterações políticas e sociais para a área da saúde do trabalhador, a participação dos trabalhadores deve ser o princípio norteador, pois sem ela se continuará a escrever a história das doenças e a desviar-se da história da saúde como parte de um processo real de conquista da democracia no Brasil (KARINO; MARTINS; BOBROFF, 2011). Quanto a isso, observa-se que os profissionais de saúde entendem que a organização de ações deve transitar nessa linha de pensamento quando apontam a necessidade de ouvir da comunidade possíveis estratégias de intervenção.

Com relação às ações intersetoriais envolvendo a EMATER e a CAMNPAL considera-se como uma iniciativa positiva, tendo em vista que a atuação intersetorial é condição para uma atenção básica abrangente e envolve a compreensão da saúde como inseparável do desenvolvimento econômico e social, significando a necessidade de enfrentamento dos determinantes sociais dos processos saúde-doença, o que exige articulação com outros setores de políticas públicas.

A articulação intersetorial é imprescindível para incidir sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença e promover a saúde. Os resultados de saúde alcançados por meio da intersetorialidade, são mais efetivos do que o setor saúde alcançaria por si só (GIOVANELLA et al., 2009).

As ações intersetoriais são bem vindas quando se trata de agrotóxicos, pois seu emprego é antes de tudo uma questão de saúde pública que merece a atenção que o problema requer. E em segundo lugar, os agrotóxicos precisam ser vistos como uma questão de natureza

agronômica porque, sem eles, a produtividade não é quantitativamente adequada o que, conseqüentemente, poderá trazer lucro satisfatórios na agricultura (MOURA, 2007).

A EMATER é um órgão vinculado ao governo do estado do Rio Grande do Sul que presta assistência técnica as propriedades baseadas na agricultura familiar e tem como missão:

Promover o Desenvolvimento Rural Sustentável por meio de ações de assistência técnica e extensão rural, mediante processos educativos e participativos, visando o fortalecimento da agricultura familiar e suas organizações e criando condições para o pleno exercício da cidadania e a melhoria da qualidade de vida da população gaúcha. (SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO, PESCA E COOPERATIVISMO, RIO GRANDE DO SUL (ESTADO), 2012).

A CAMNPAL é a cooperativa do município, que se originou da expressividade do meio rural sobre a cidade e das necessidades de comercialização dos produtos agrícolas. Com o constante crescimento e potencial econômico da CAMNPAL permitiu-se que a mesma torna-se um ator local no desenvolvimento e reestruturação do espaço urbano e do meio rural. Esta cooperativa representa também um ator frente ao desenvolvimento local, já que é um estabelecimento gerador de grande parte dos empregos do município e os poderes locais tendem a agirem politicamente frente aos interesses da cooperativa (MANFIO; BENADUCE, 2011).

Nesse contexto, o setor saúde conta com dois grandes aliados para o processo de (re)pensar a saúde dos trabalhadores rurais em detrimento dos interesses econômicos existentes em torno da venda dos agrotóxicos. Complementando esta colocação, Castro, Ferreira e Mattos (2011) sugerem que é necessário reavaliar as atuais políticas públicas de desenvolvimento agrícola quanto a seu enfoque e instrumentos, bem como a implementação de estratégias de prevenção, intervenção e controle por parte dos serviços locais de vigilância ambiental, de forma a propiciar melhoras na qualidade de vida do trabalhador rural e da população geral, evitando a contaminação ambiental. Para isso é preciso o desenvolvimento de ações intersetoriais de médio e longo prazo.

Assim, é essencial para o setor da saúde discutir na perspectiva da inter-relação promoção, prevenção, proteção, atenção e gestão e não focalizar apenas em agravos. Além da ampliação do modo de agir, centrado nas necessidades de saúde, tendo como referência o território local e os seus processos de mudanças, é fundamental para o setor da saúde a constituição de uma abordagem intersetorial e integrada (PESSOA; RIGOTTO, 2012).

Os profissionais de saúde sugerem a realização de palestras de orientação em escolas e na comunidade. No entanto, esta iniciativa já foi implementada há cerca de um ano, sem muito rigor, sem continuidade e por apenas alguns profissionais. Com isso, é imprescindível rever a

metodologia de operacionalização desses encontros, pois o processo educativo vai além da transmissão de informações, bem como para que se consolidem como uma das ações prioritárias direcionadas aos trabalhadores rurais dentro das equipes de ESF. Há que se levar em conta também os horários em que irão acontecer com vista a contemplar o maior número de trabalhadores possível.

Até então não se realizaram atividades nas escolas abordando exclusivamente o tema do trabalho rural vinculado aos agrotóxicos. Portanto, considera-se uma iniciativa inovadora no discurso dos profissionais entrevistados, todavia para que os adolescentes e pré adolescentes possam tomar decisões conscientes a partir do processo educativo, este não pode seguir o modelo de transmissão de informações visto no modelo tradicional das palestras.

Alguns autores defendem e acreditam que a educação pode modificar a percepção dos trabalhadores e dos futuros trabalhadores com relação ao uso dos agrotóxicos. Olhar para os filhos desses agricultores, garantindo que a nova geração possa usufruir o conhecimento e desejo de seus familiares como forma de proteção e promoção de sua própria saúde (PINTO, PERES, MOREIRA, 2012; BRITO; GOMIDE; CÂMARA, 2009).

Além da carência de assistência técnica existente na maior parte das áreas rurais, destaca-se o difícil acesso a informações e a técnicas alternativas por parte dos trabalhadores. Assim, devem ser objeto de cursos específicos de capacitação, além de parte integrante dos currículos de escolas rurais (PINTO, PERES, MOREIRA, 2012).

Frente a isso, os profissionais devem, primeiramente, aproximar-se da realidade dos trabalhadores rurais e, posteriormente, organizarem seu discurso com base no conhecimento técnico peculiar de cada profissão. Na medida em que os profissionais das ESFs realizam práticas no sentido de perceber a dimensão do outro, de aprender a diferença, de modo que as ações não sejam estabelecidas com base na sua própria visão de mundo, mas permitindo uma inter-relação na e com a diversidade cultural da comunidade. Nasce então a possibilidade de se promover a saúde das pessoas e das comunidades de forma integral (KRUG, et al., 2010).

O processo educativo que não considera o acima exposto, a exemplo das tradicionais palestras, apresentam pouco êxito e repercussão na mudança de comportamento. Os profissionais com seu conhecimento técnico se esforçam transferindo, informando, dando acesso ao conhecimento e com isso atropelando a perspectiva leiga, com o predomínio do saber do especialista. Ou seja, com o objetivo de convencimento unilateral e acreditando na existência de fórmulas prontas e saberes universalmente válidos, os profissionais se empenham em disseminar seus conhecimentos de utilidade pública (ROZEMBERG; PERES, 2003).

Intuitivamente, baseia-se na expectativa de que o acesso à informação venha a se traduzir em êxito dos programas de saúde. Para superação desta tendência é preciso que os profissionais se habituem a problematizar de maneira crítica e aberta sua relação com valores e decisões tomadas em contextos sociais e culturais muito diferentes dos dele. Este processo de aproximação e assimilação de uma nova realidade leva tempo, pois esta é muito diferente da dos centros urbanos de onde normalmente os profissionais de saúde provêm (ROZEMBERG; PERES, 2003).

Finalizando as considerações sobre as possíveis ações que podem ser organizadas com vistas à problemática do trabalho rural e agrotóxico, citam-se algumas recomendações descritas a partir de levantamento bibliográfico realizado por Siqueira e Kruse (2008). Estas recomendações servem tanto para os profissionais de saúde quanto para órgãos competentes.

A primeira recomendação é a simplificação dos rótulos dos agrotóxicos para facilitar a compreensão por parte dos trabalhadores rurais. Sucessivamente aparece: uso de EPIs; fiscalização na comercialização de agrotóxicos; estímulo a prevenção de agravos por meio de medidas educativas; monitoramento de resíduos de agrotóxicos nos alimentos; desenvolvimento de ações que visem a proteção da saúde do trabalhador; analisar a percepção de risco no processo de construção de estratégias de intervenção no meio rural; priorizar a pesquisa de intoxicação aguda por agrotóxico; instrumentalizar os profissionais de saúde que atendem a população rural com instrumentos de notificação (SIQUEIRA; KRUSE, 2008).

Destarte, tanto as ações intersetoriais quanto aquelas desenvolvidas apenas pelo setor saúde devem considerar as peculiaridades do trabalho e do trabalhador rural para que assim se possa visualizar na prática, a longo prazo, as mudanças no cotidiano do meio rural com relação a cuidados no manejo com agrotóxicos (uso de EPIs e descarte de embalagens).

Conduta do profissional de saúde em casos de intoxicação

A categoria conduta do profissional de saúde em casos de intoxicação apresenta na subcategoria **identificação e notificação de casos de intoxicação**, sendo que a subnotificação dos casos de intoxicação acontece pela dificuldade, por parte dos profissionais de saúde, em diagnosticá-los.

[...] eu nunca notifiquei porque eu também nunca atendi. Eu nunca me interei. [...] acidente de trabalho eu sei que agente notifica, agora por agrotóxico eu não sei responder. (ENF. 07)

[...] intoxicação sabe que tem casos, até a gente conversa com os médicos pra eles encaminharem, mas é que não fecham mesmo o diagnóstico [...] e não tem exames também que ofereçam pra ti dizer que realmente é aquilo, então não fecha diagnóstico de intoxicação. Então o que os médicos encaminham pra notificar que é mais fácil, é acidente porque acidente todo mundo vê, um acidente acontece não tem quem diga que não foi [...] cortou, machucou [...] (ENF. 01)

[...] mas muitas vezes com agrotóxico a gente não consegue fazer a associação. Às vezes tem diarreia com vômito, parece uma infecção intestinal, uma virose que causa também fraqueza, dor no corpo, palidez [...] normalmente a gente associa porque é a época da colheita do fumo, ou do plantio, que é mais para o verão, aí fica mais fácil de associar. Mas o agrotóxico está sempre sendo aplicado o ano inteiro, não é que nem essa parte do fumo, por isso que é mais fácil a gente fazer a associação com o problema do fumo, que é um dos que causa mais problemas agudos. (MED. 08)

[...] eu sei que é o no verão que é a época que eles vão desbrotar o fumo [...] é nessa época que eles se intoxicam, que eles passam veneno e depois tiram o broto, tem que sempre tem mais que um caso [...] (TEC. ENF. 14)

Os profissionais de saúde consideram que é mais fácil notificar acidentes de trabalho do tipo cortes e machucaduras que ocorrem devido a acidentes com máquinas ou instrumentos agrícolas, do que casos de intoxicação pelo uso dos agrotóxicos. A dificuldade em diagnosticar deve-se à falta de associação entre o uso de agrotóxico e a sintomatologia apresentada pelo trabalhador rural, bem como à alta demanda por atendimento médico, o que impede maior aprofundamento na investigação dos casos.

Como descrito na categoria acima, o cultivo de fumo favorece o surgimento de intoxicações agudas no verão. Assim, os profissionais de saúde pontuaram que o tipo de cultura e a estação do ano facilita a identificação dos casos de intoxicações, que pelos sinais e sintomas são facilmente confundidos com virose.

Embora seja o maior consumidor mundial de agrotóxicos o Brasil continua, até o momento, sem um sistema de informações que monitore o consumo de agrotóxicos no país. Na prática, não se sabe o que é prescrito por meio do Receituário Agrônômico (RA), nem o que é vendido oficialmente pelos estabelecimentos agrícolas e, menos ainda, o que é adquirido pelo comércio informal e contrabando. Esses aspectos fazem do Brasil uma vítima dos interesses da indústria, visto que não existem meios de monitorar problemas para definir prioridades de ações (FARIA, 2012).

Ao visualizar os dados disponíveis pelo Ministério da Saúde no Sistema Nacional de Informações Tóxico Farmacológicas (SINITOX), observa-se que no ano de 2010 foram notificados 4.789 casos de intoxicação humana por agrotóxicos de uso agrícola. Destes, 2.123 ocorreram por tentativa de suicídio, seguidos de 1.190 causados por exposição ocupacional (BRASIL, 2012).

As intoxicações por agrotóxicos a partir de 2011, passaram a ser consideradas, pela Portaria nº 104/MS/2011 Anexo I, agravos de notificação compulsória para todos os serviços de saúde (BRASIL, 2011). Contudo, os registros oficiais quanto à exposição a agrotóxicos são bastante limitados e, em geral, referem-se apenas às intoxicações agudas por agrotóxicos. Uma iniciativa governamental para resolver este problema é a notificação através do Sistema Nacional de Agravos Notificados (SINAN) (FARIA, 2012; BEDOR et al., 2009).

Nessa conjuntura, tomando para discussão as intoxicações por agrotóxicos relacionadas ao trabalho rural, Ramos et al. (2006) apud Bedor et al. (2009) descrevem que a subnotificação ocorre em decorrência de alguns fatos, a saber: o trabalhador rural com sinais de intoxicação não procura o serviço de saúde; falta de conhecimento das equipes de saúde sobre os sinais e sintomas de intoxicação crônica; confusão com outras patologias e falta de diagnóstico.

Corroborando com estas colocações, bem como com os achados na presente pesquisa Silva et al. (2005), citam que a dificuldade de acesso dos trabalhadores rurais às unidades de saúde, o despreparo das equipes de saúde para relacionar problemas de saúde com o trabalho em geral, e com a exposição aos agrotóxicos de forma particular, os diagnósticos incorretos e a escassez de laboratórios de monitoramento biológico, são alguns dos fatores que influenciam no subdiagnóstico e no sub-registro de intoxicações.

Nessa pesquisa, os profissionais de saúde citam o fato de o serviço apresentar alta demanda, principalmente por consulta médica, o que contribui para o não aprofundamento na investigação dos casos de intoxicação, com conseqüente falta de diagnóstico e subnotificação. Um estudo relata que este despreparo dos serviços e profissionais de saúde em geral para o diagnóstico dos casos, dificulta as ações de prevenção e vigilância em saúde (BRITO et al. 2005).

Em relação aos exames laboratoriais toxicológicos, uma rápida busca nos principais laboratórios do país, públicos e/ou privados, revela que, mesmo sem considerar os custos financeiros, existe uma enorme limitação na disponibilidade de exames para avaliar exposição ou intoxicação por agrotóxicos. A maioria dos laboratórios só realiza exames de colinesterase que apresenta limitações como biomarcador, o que já foi apontado em artigo anterior que sugere pesquisas específicas para tal definição (FARIA; FASSA; FACCHINI, 2007).

Nesse sentido, é necessário repensar a organização do serviço, bem como o conhecimento dos profissionais de saúde atuantes em áreas rurais, para o reconhecimento e diagnóstico de casos de intoxicação. Isso além de diminuir os índices de subnotificação, assegura

melhor assistência ao trabalhador rural, pois uma vez sendo diagnosticada a intoxicação o profissional de saúde poderá orientar este trabalhador para que não volte a se intoxicar.

Para o alcance do ideal supracitado, é indispensável capacitar às equipes de ESF, em especial aquelas que atendem em área rural para o reconhecimento e o manejo dos casos de intoxicação por agrotóxicos e ainda, estimular a discussão de uma mudança no modelo de produção agrícola, em uma abordagem integrada com a área de saúde do trabalhador e com profissionais de extensão rural. Tais ações direcionadas às equipes de ESF, não eximem os profissionais de saúde que atendem em serviços de urgência de estarem igualmente capacitados a reconhecer, diagnosticar e notificar as intoxicações por agrotóxico (FARIA, 2012).

A subcategoria **conduta sintomática e rede de cuidados** mostra a abordagem dos profissionais de saúde aos trabalhadores rurais que apresentam quadro de intoxicação aguda.

[...] é dado medicação que nem para vômito e dor de cabeça, e pede pra essa pessoa procurar não ficar muito exposta (*ao agrotóxico*). (ACS 15)

[...] eles (*trabalhadores rurais*) vem até o posto normalmente com náuseas, vômito, enjoo, daí passa para o médico, o médico atende e normalmente interna [...] e depois da internação não tem acompanhamento, nunca teve assim, só se a pessoa continuar ruim ai a gente faz uma visita [...]. (TEC. ENF. 14)

[...] o profissional de saúde que atende, atende aquele momento, não há aquela coisa assim de ir atrás, de identificar [...] tu vai falar com os médicos eles vão dizer que é um monte de ficha pra atender, não tem como dá uma atenção talvez mais individual [...] então ele (*trabalhador rural*) passa aqui como qualquer outro atendimento [...]. (ENF. 01)

[...] soro pra reidratação que às vezes a pessoa vomitou bastante [...] é um tratamento sintomático, não tem nada muito específico [...] se eles se sentem melhor logo após a primeira dose do soro, muitos já conseguem se sentir melhor, libera com orientação de não ter o contato [...] a gente orienta usar o agrotóxico nas horas mais frias do dia, aplicar a favor do vento, não contra ele, usa os equipamentos de proteção individual, as embalagens dos agrotóxicos descartar de forma segura [...]. (MED. 08)

Como identificado na subcategoria acima, a procura por atendimento médico faz com que não haja maior aprofundamento na investigação dos casos, que pela sintomatologia apresentada, caracterizaria um quadro de intoxicação. Soma-se a isso a falta de associação entre sintomatologia e causa, possivelmente, pelo despreparo em lidar com tais situações.

Desse modo, segundo os profissionais de saúde, quando o trabalhador rural chega à unidade apresentando náusea, vômito e dor de cabeça, a conduta é sintomática. Então, neste momento a atuação é do profissional médico que avalia o trabalhador rural e prescreve medicações e solução para reidratação. Conforme sua avaliação que não se baseia em protocolo de atendimento, o trabalhador rural poderá ficar em observação na unidade de saúde, ser

encaminhado ao hospital municipal ou, em casos graves, ser encaminhado ao Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM).

As orientações fornecidas aos trabalhadores rurais intoxicados é a de que não voltem a manipular agrotóxicos, além de os profissionais de saúde salientarem a importância do uso de EPI e sobre o manejo dos agrotóxicos para evitar nova intoxicação. Detectou-se que não há continuidade de cuidado específico ao trabalhador rural quando este retorna para casa após internação por intoxicação.

A conduta sintomática remete a assistência baseada no modelo biomédico do cuidado. A atenção do modelo biomédico é o indivíduo doente. As ações de recuperação e reabilitação da doença são priorizadas em detrimento das ações de promoção e proteção à saúde. Nesse modelo, ganham espaço a doença e sua cura, o diagnóstico individual e o tratamento e o processo fisiopatológico. Desloca-se, respectivamente, a saúde e sua promoção e proteção, o diagnóstico comunitário e suas intervenções e a determinação social do processo saúde/doença (CUTOLO, 2006).

Nesse sentido, não se tem uma organização do cuidado específica aos trabalhadores rurais expostos a agrotóxicos. Eles são atendidos na sua demanda fisiopatológica como quaisquer outros indivíduos que não possuam essa especificidade. Quando são feitas orientações, essas são sutis e ocorrem após o adoecimento do trabalhador. O trabalho não é considerado um determinante de saúde na realidade investigada, assim como não são visualizadas ações de campo e núcleo de saberes e práticas, exceto a atuação médica.

A presença do modelo biomédico foi observada no momento em que a pesquisadora se manteve na recepção da unidade de saúde central. Viu-se o grande contingente de usuários que chegavam à unidade buscando por consulta médica, bem como por medicação ou renovação de prescrições médicas. Como o modelo de atendimento médico é através de fichas (14 fichas por turno/médico), quando essas se esgotavam os usuários eram recomendados a retornarem no dia seguinte. Nos casos em que não se podia esperar por consulta, solicitava-se a enfermagem que, conforme sua avaliação encaminhava para consulta médica.

Nessa linha de pensamento, pode-se inferir que na sociedade brasileira, ao longo da história, criou-se uma cultura de cuidados em saúde baseado na assistência individual e curativa, na qual há valorização da resolução imediata dos males em saúde (OGATA; MACHADO; CATOIA, 2009). Contudo, na perspectiva de mudança desse paradigma é indispensável que os profissionais de saúde compreendam o meio rural, o papel dos atores sociais que vivem e

convivem nesse meio e as concepções de saúde e doença para que as políticas públicas de promoção da saúde e prevenção de agravos sejam efetivadas (RIQUINHO; GERHARDT, 2010).

Além disso, é necessário que a ESF integre na realização das ações de saúde toda a equipe, construindo com a população a mudança no modelo de atenção. A oferta de ações de saúde que integrem o papel e o valor de cada um dos membros propicia que a construção de planos de cuidados não fique centrada na figura do médico. É necessário que a Equipe Saúde da Família desenvolva ações individuais e coletivas de acompanhamento e promoção da saúde na unidade, mostrando para a população que o cuidado à saúde é realizado por uma equipe multiprofissional de forma (OGATA; MACHADO; CATOIA, 2009).

Ao considerar o trabalho como determinante do processo saúde-doença, bem como a dinâmica do trabalho rural, os profissionais de saúde poderão repensar a orientação dada com relação a necessidade de afastamento da exposição aos agrotóxicos após o quadro de intoxicação. Este tipo de orientação foi identificados em outros estudos (SOUZA et al., 2011; LEVIGARD; ROZEMBERG, 2004), em que os trabalhadores rurais são proibidos pelo médico de trabalharem na lavoura e orientados a procurar outro tipo de atividade profissional.

Essas proposições em muitas situações são inviáveis, tendo em vista o modelo de desenvolvimento agrícola hoje vigente no país, o qual estimula o uso dos agrotóxicos. Soma-se a isso a visão dos trabalhadores rurais frente ao uso dos agrotóxicos, que são vistos como indispensáveis a produção agrícola. Para tanto, é emergente que a equipe de ESF invista em ações de promoção da saúde, por meio da educação em saúde aos trabalhadores rurais, e que os profissionais de saúde de maneira articulada estejam capacitados a identificar os casos de intoxicação por agrotóxicos.

Conforme o discurso dos profissionais de saúde, quando ocorre a identificação de um quadro de intoxicação aguda, em que a medicação sintomática não foi efetiva ou que os médicos consideram quadro grave, o trabalhador rural é referenciado para a rede de cuidados existente no município. Esta rede é composta pelas equipes de ESF, pelo hospital municipal, pelo HUSM, o qual é referência para os municípios da região centro oeste do estado do Rio Grande do Sul, e pelo Centro de Referência em Saúde do Trabalhador com sede no município de Santa Maria (Cerest).

[...] quando é um quadro mais grave a gente encaminha para o Universitário. (MED. 02)

A gente pode encaminhar pro Cerest também pra fazer mais exames, faz uns dois/três anos a gente encaminhou uma paciente, que ele (*o médico*) relacionava com o uso de agrotóxico para ter mais avaliações e atendimentos mais especializados

mesmo, mas os outros casos assim, a maioria tem ficado aqui mesmo e não tem tido diagnóstico. (ENF. 01)

[...] às vezes até chega a internar, ficar em observação hospitalar ou aqui mesmo no posto [...] tem o Cerest que é o centro de referência em saúde do trabalhador em Santa Maria. A gente pode conversar com eles pra encaminhar o paciente pra uma avaliação. Aí eles fazem os exames mais específicos. Faz toda uma investigação bem mais detalhada. Só que já faz tempo também que a gente não consegue fazer essa associação e manda alguém. (MED. 08)

O médico avalia aqui (na unidade de saúde) daí encaminha para o universitário [...] algumas pessoas tem plano de saúde, mas geralmente é o universitário (hospital). (ACS 05)

Desta rede, o hospital municipal e o HUSM são utilizados nos casos de intoxicação quando o tratamento ambulatorial realizado na unidade de saúde central não é suficiente para reestabelecer e tratar o trabalhador rural. O Cerest é pouco requisitado na rede de cuidado porque a maioria dos casos de intoxicação não é diagnosticada.

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) é definida pela Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010, como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010).

Na RAS, a concepção de hierarquia é substituída pela de poliarquia e o sistema organiza-se sob a forma de uma rede horizontal de pontos de atenção de distintas densidades tecnológicas. A atenção primária e os sistemas de apoio se organizam sem ordem e sem grau de importância entre eles. Todos os componentes das RAS são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos dessas redes; apenas se diferenciam pelas respectivas densidades tecnológicas que os caracterizam (MENDES, 2012).

Nessa perspectiva, existe a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), criada pela Portaria MS nº 1.679, de setembro de 2002, atualizada pela Portaria nº 2.782, de novembro de 2009. Essa consiste em uma rede nacional de informações e ações na área de saúde, organizada com o propósito de implementar ações de assistência, de vigilância e de promoção da saúde do trabalhador (INCA, 2012).

O modelo adotado na legislação da Renast segue a orientação do SUS, organizado segundo os princípios de universalidade de acesso, integralidade da atenção com equidade e controle social – em um dado território – de modo regionalizado e hierarquizado, privilegiando a estratégia da Atenção Básica de Saúde e o enfoque da promoção da saúde. Nesse enfoque, privilegia ações para melhorar as condições de vida das pessoas e do coletivo no local onde vivem e trabalham. Por outro lado, a promoção da saúde apresenta como um dos seus eixos o

empoderamento dos trabalhadores para tomada de decisão e gerenciamento de suas condições de saúde (INCA, 2012).

A Renast organiza-se em Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) estaduais, regionais e municipais e propõe que as ações de saúde do trabalhador sejam inseridas no cotidiano do trabalho das equipes de Saúde da Família. Uma vez por ano, quando for realizado o cadastramento da população adstrita à Unidade Básica de Saúde (UBS), também devem ser sistematizadas informações sobre o trabalho (formal e informal, domiciliar etc.) dos moradores desse território (INCA, 2012).

Dentre as funções desenvolvidas pelo Cerest voltadas aos trabalhadores rurais expostos a agrotóxicos estão, o diagnóstico e tratamento dos casos de intoxicação; estabelecimento de nexos causais; orientação quanto aos procedimentos trabalhistas e previdenciários; encaminhamento a rede de especialistas quando necessário; orientação quanto à prevenção de novos episódios; desenvolvimento de intervenções de forma articulada com outros setores (sindicatos, empresas, associações) e reencaminhamento do trabalhador para a atenção básica com relatório e orientações (BRASIL, 2006b).

Frente a essa estrutura legislativa que ampara as ações voltadas à saúde do trabalhador, infere-se que é premente a organização dos serviços, em especial da ESF de modo que se utilize adequadamente a rede de cuidados. Isso passa pela percepção de que a rede de cuidados não deve ser lembrada apenas quando se faz preciso cuidados com vistas a cura, mas que ela seja requisitada impreterivelmente para ações de promoção da saúde.

Salienta-se que no município, o hospital é um serviço procurado pelos trabalhadores rurais, principalmente quando precisam de assistência nos horários em que não há expediente na unidade de saúde. Esse fato remete para a necessidade de que não só os profissionais da ESF devem estar atentos para o adoecimento relacionado ao trabalho, mas que a rede de atenção municipal deve estar devidamente articulada. Para isso, sugere-se investimento nas ações de referência e contra-referência. Assim, o trabalhador atendido no hospital, de forma basicamente curativa, tenha garantida pela ESF a continuidade do cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente aos achados da pesquisa pontua-se que as políticas públicas de saúde até hoje criadas, não foram efetivamente incorporadas pelos profissionais e pelos serviços de saúde. Há muito que se percorrer para que as políticas voltadas à saúde do trabalhador sejam tomadas como

possibilidade de manutenção da saúde dos trabalhadores, e não ser apenas vinculada ao adoecimento.

Para isso, é necessário investimento de gestores e profissionais do SUS em todas as esferas de governo, no que tange a valorização dessa política nos diferentes níveis de assistência. A gestão municipal deve investir na capacitação dos profissionais de saúde, para que estes consigam detectar as possíveis causas de adoecimento relacionadas ao trabalho, o que inclui intoxicações agudas e crônicas pela exposição a agrotóxicos.

O trabalho e o trabalhador rural devem receber atenção durante as visitas domiciliares e em grupos de educação em saúde. As visitas domiciliares são úteis para que o profissional de saúde ao conhecer o contexto de vida e trabalho das pessoas, possa direcionar suas ações às necessidades das mesmas.

Os grupos de educação em saúde devem ser organizados de forma a empoderar o trabalhador rural para a tomada de decisão, principalmente com relação ao uso de agrotóxicos, de maneira que não se configure apenas em momentos de transmissão de informações desconexas da realidade.

O modelo “do círculo, do triângulo e dos pontos”, compreende uma forma de visualizar como as políticas de saúde, e especialmente a saúde do trabalhador, se relacionam na perspectiva do SUS. Nesse sentido, o que se quer é que o triângulo se transforme em círculo, dentro do grande círculo do SUS, onde não há angulações entre as ações da ESF e a saúde do trabalhador. Isso será alcançado mediante esforço conjunto dos profissionais de saúde, que de forma articulada devem atentar para a saúde do trabalhador, bem como para as especificidades do trabalhador rural.

Os profissionais de saúde de ESF atuantes em áreas rurais não devem trabalhar no sentido de desconstruir a relação criada entre agrotóxicos e produtividade agrícola. Mas sim, por meio de orientações e trabalho a longo prazo, mostrar que ao passo que os agrotóxicos sinalizam para o aumento da produtividade, podem levar o trabalhador rural e sua família ao adoecimento. Assim sendo, é emergente a implementação de ações intersetoriais, trabalho de educação em saúde nas comunidades rurais e nas escolas. Nesse sentido, será possível construir um modelo de atenção menos curativista e mais voltado a ações para promoção da saúde e integralidade do cuidado.

REFERENCIAS

ABRAHÃO A.L.; LAGRANGE V. A visita domiciliar como uma estratégia da assistência no domicílio. In: Morosini M. V. G. C.; Corbo A. D. A. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV: Fiocruz; p. 151-72, 2007.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Brasília. **Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos**. Relatório Anual 4/06/2001 – 30/06/ 2002.

ARAÚJO, A. J. Exposição múltipla a agrotóxicos e efeitos à saúde: estudo transversal em amostra de 102 trabalhadores rurais, Nova Friburgo, RJ. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 1, p. 115-130, 2007.

ARENDT, H. **A condição humana**. 10. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

BAPTISTA, T.W. F. O direito à saúde no Brasil: sobre como chegamos ao Sistema Único de Saúde e o que esperamos dele. In: **Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio** (org.). Textos de apoio em políticas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

BEDOR, C. N. G. et al. Vulnerabilidades e situações de riscos relacionados ao uso de agrotóxicos na fruticultura irrigada. **Rev Bras Epidemiol**, v. 12, n. 1, p. 30-49, 2009.

BIOLCHI, M. A. **A cadeia produtiva do fumo**. Revista Contexto Rural Revista do Departamento de Estudos Sócio-Econômicos Rurais, n. 4, Ano III, Curitiba-PR, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. **Cadernos de Atenção Básica, Caderno n.5**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Resolução nº 196/96. Pesquisa em seres humanos. **Revista Bioética**. p. 36-8, Abr.-Jun. 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador**. Brasília, 2004. Disponível em: < http://www.mpas.gov.br/arquivos/office/3_081014-105206-701.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 68 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. Diretrizes para Atenção Integral à Saúde do Trabalhador de Complexidade Diferenciada. **Protocolo de Atenção à Saúde dos Trabalhadores Expostos a agrotóxicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 27p.

_____. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. **Rev bras saude matern. infant.** v. 3, n. 1, p. 113-25, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Informações Tóxico Farmacológicas. Registro de Intoxicações. Disponível em: http://www.fiocruz.br/sinitox_novo/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=8#. Acessado em: 01 dez. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 104 de 25 de janeiro de 2011. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html>. Acesso em: 01 dez. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.

BRITO, P. F.; GOMIDE, M.; CÂMARA, V. M. Agrotóxicos e saúde: realidade e desafios para mudança de práticas na agricultura. **Physis**, v. 19 n. 1, 2009.

BRITO, P. F. et al. Agricultura familiar e exposição aos agrotóxicos: uma breve reflexão. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 887-900, 2005.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Formação de recursos humanos para a estratégia de saúde da família. **Cienc Cuid Saude**, v. 7, n. 1, p. 045-052, 2008.

COTTA, R. M. M. et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 15, n. 3, p. 7- 18, 2006.

CUNHA, J. P. P. CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde: princípios. In: **Gestão Municipal de Saúde: textos básicos**. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde, 2001. 344p.

CUTOLO, L. R. A. Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. *Arquivos Catarinenses de Medicina e comércio de agrotóxicos*, v. 35, n. 4, de 2006.

DIAS, E. C. A. Condições de vida, trabalho, saúde e doença dos trabalhadores rurais no Brasil. In: Pinheiro TMM, organizador. **A saúde do trabalhador rural**. Brasília: RENAST, 2006. Disponível em: < http://www.medicina.ufmg.br/dmps/2006/saude_trabalhador_rural.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2011.

DIAS, G. et al. A vida nos olhos, o coração nas mãos: concepções e representações femininas do processo saúde-doença. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 779-800, 2007.

FARIA; N. M. X. et al. Processo de produção rural e saúde na serra gaúcha: um estudo descritivo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 115-128, 2000.

FARIA, N. M. X.; FASSA, A. C. G.; FACCHINI, L. A. Intoxicação por agrotóxicos no Brasil: os sistemas oficiais de informação e desafios para realização de estudos epidemiológicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 25-38, 2007.

FARIA, H. P. et al. **Processo de trabalho em saúde**. 2^a ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.

FARIA, N. M. X. Modelo de desenvolvimento, agrotóxicos e saúde: prioridades para uma agenda de pesquisa e ação. **Rev. bras. Saúde ocup.**, São Paulo, v. 37, n. 125, p. 17-50, 2012.

GAÍVA, M. A. M.; SIQUEIRA, V. C. A. A prática da visita domiciliária pelos profissionais da estratégia saúde da família. **Cienc Cuid Saude**, v. 10, n. 4, p. 697-704, 2011.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v.14 n. 3, p. 783-794, 2009.

HOSHINO, A. C. H. et al. Estudo da ototoxicidade em trabalhadores expostos a organofosforados. **Rev Bras Otorrinolaringol**, v. 74, n. 6, p. 912-918, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), 2010. Disponível em: <<http://www.novapalma.rs.gov.br/portal1/municipio/historia.asp?iIdMun=100143263>>; Acesso em: 19 de out. 2012.

INCA. Instituto Nacional de Cancer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação geral de ações estratégicas. Coordenação de prevenção e vigilância. Área de vigilância do câncer relacionado ao trabalho e ao ambiente. **Diretrizes para a vigilância do câncer relacionado ao trabalho**. Rio de Janeiro: Inca, 2012.

KARINO, M. E.; MARTINS, J. T.; BOBROFF, M. C. C. Reflexão sobre as políticas de saúde do trabalhador no Brasil: avanços e desafios. **Cienc Cuid Saude**, v. 10, n. 2, p. 395-400, 2011.

KRUG, S. B. F. et al. O processo de trabalho na estratégia de saúde da família: o que dizem os profissionais de saúde em Santa Cruz do Sul/RS. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 9, n. 1, p. 77 - 88, 2010.

JOBIM, P. F. C. et al. Existe uma associação entre mortalidade por câncer e uso de agrotóxicos? Uma contribuição ao debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 277-288, 2010.

LEITE, K. C.; TORRES, M. B. R. O uso de agrotóxicos pelos trabalhadores rurais do assentamento catingueira Baraúna-RN. **Revista Verde (Mossoró – RN – Brasil)**, v.3, n.4, p. 06-28, 2008.

LEVIGARD, Y. E.; ROZEMBERG, B. A interpretação dos profissionais de saúde acerca das queixas de “nervos” no meio rural: uma aproximação ao problema das intoxicações por agrotóxicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1515-1524, 2004.

MAGALHÃES, W. O grau de conhecimento dos trabalhadores sobre os riscos na agricultura. **Thesis**, São Paulo, n. 15, ano VII, p. 93-105, 2011.

MANFIO, V; BENADUCE, G. M. C. A (re) estruturação urbana e o desenvolvimento local da pequena cidade de Nova Palma/RS. **Rev. GEOMAE**, Campo Mourão, PR v.2, n.1, p.71 – 82, 2011.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 512 p.: Il, 2012.

MENEGAT, R. P.; FONTANA, R. T. Condições de trabalho do trabalhador rural e sua interface com o risco de adoecimento. **Cienc Cuid Saude**, v. 9, n. 1, p. 52-59, 2010.

MEYER, T. N.; RESENDE, I. L. C.; ABREU, J. C. Incidência de suicídios e uso de agrotóxicos por trabalhadores rurais em Luz (MG), Brasil. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, v. 32, n. 116, p. 24-30, 2007.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2007.

MOURA, R. M. Agrotóxicos: heróis ou vilões? A face da questão que todos devem saber. **Anais da Academia Pernambucana de Ciência Agrônômica**, Recife, v. 4, p. 23-49, 2007.

OGATA, M. N.; MACHADO, M. L. T.; CATOIA, E. A. Saúde da família como estratégia para mudança do modelo de atenção: representações sociais dos usuários. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v. 11, n. 4, p. 820-829, 2009.

PERES, F. et al. Desafios ao estudo da contaminação humana e ambiental por agrotóxicos. **Ciênc. saúde coletiva** [online], v. 10 (suppl.), p. 27-37, 2005.

PERES, F. Saúde, trabalho e ambiente no meio rural brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 6, p. 1995-2004, 2009.

PERES, F. MOREIRA, J. C. **É veneco ou é remédio? Agrotóxicos, saúde e ambiente**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

PESSOA, V. M.; RIGOTTO, R. M. Agronegócio: geração de desigualdades sociais, impactos no modo de vida e novas necessidades de saúde nos trabalhadores rurais. **Rev. bras. saúde ocup.** v. 37 n. 125, 2012.

PINTO, E. S. G.; MENZES, R. M. P.; VILLA, T. C. S. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 3, p. 657-64, 2010.

RAMOS L. O. et al. “Queixas” Sintomáticas Associadas ao uso de agrotóxicos em trabalhadores rurais da hortifruticultura no Vale do São Francisco. **Rev Ciênc Saúde Nova Esperança**, v.4, p. 145-57, 2006.

RANGEL, C. F.; ROSA, A. C. S.; SARCINELLI, P. N. Uso de agrotóxicos e suas implicações na exposição ocupacional e contaminação ambiental. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 435-42, 2011.

ROSA, W. A. G, LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 1027-34, 2005.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 438-446, 2004.

RIBAS, P. P.; MATSUMURA, A. T. S. A química dos agrotóxicos: impacto sobre a saúde e meio ambiente. **Revista Liberato**, Novo Hamburgo, v. 10, n. 14, p. 149-158, jul./dez. 2009.

RIQUINHO, D. L.; GERHARDT, T. E. A transitoriedade nos estados de saúde e doença: construção do cotidiano individual e coletivo em uma comunidade rural. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8 n. 3, p. 419-437, 2011.

ROSA, W.; LABATE, R. Programa de Saúde da Família: a construção de um modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, p.1027-1034, 2005.

ROZEMBERG, B.; PERES, F. Reflexões sobre a educação relacionada aos agrotóxicos em comunidades rurais. In: PERES, Frederico (org.) **É veneno ou é remédio?** agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. 384 p.

SILVA, J. M. et al. Agrotóxico e trabalho: uma combinação perigosa para a saúde do trabalhador rural. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 891-903, 2005.

SCHLINDWEIN, V. L. D.C. Dor e sofrimento oculto: a desproteção social dos trabalhadores do fumo. **Barbarói**. Santa Cruz do Sul, n. 32, 2010.

SCHWARTZ, E.; LANGE, C.; MEINCKE, S. M. K. A enfermagem e os cuidados à saúde da família rural. **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v.3, n.1, p.48-53, 2001.

SILVA, J. M. et al.; Agrotóxico e trabalho: uma combinação perigosa para a saúde do trabalhador rural. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro v. 10 n. 4, 2005.

SIQUEIRA, S. L. KRUSE, M. H. L. Agrotóxicos e saúde humana: contribuição dos profissionais do campo da saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v.42, n.3, p. 584-90, 2008.

SOUZA, A. et al. Avaliação do impacto da exposição a agrotóxicos sobre a saúde de população rural. Vale do Taquari (RS, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 8, p. 3519-3528, 2011.

SOUZA, M. G. MANDÚ, E. N. T. Percepções de enfermeiros sobre a Estratégia Saúde da Família. **Cienc Cuid Saude**, vol. 9, n. 4, p. 643-50, 2010.

SOARES, W.; ALMEIDA, R. M. V. R.; MORO, S.. Trabalho rural e fatores de risco associados ao regime de uso de agrotóxicos em Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1117-1127, 2003.

TOMAZIN, C. C.; ZAMBRONE, F. A. D. Nível de entendimento das informações de primeiros socorros de bula e rótulo de agrotóxico por meeiros de plantações de tomate de Sumaré, SP. **Revista Brasileira de Toxicologia**, v. 21, n.1, p. 20- 24, 2008.

TROIAN, A. A percepção de agricultores e de outros agentes rurais acerca das dimensões ambiental, social e econômica no cultivo de tabaco no município de Arvorezinha (RS). 2010, 270 f. Dissertação (Mestrado em Extensão Rural) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2010.

UCHOA, A. C. et al. Avaliação da satisfação do usuário do Programa de Saude da Familia na zona rural de dois pequenos municípios do Rio Grande do Norte. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 1061-1076, 2011.

ZANETTI, T. G. et al. Perfil socioprofissional e formação de profissionais de equipes de saúde da família: um estudo de caso. **Cienc Cuid Saúde**, v. 9, n. 3, p. 448-455, 2010.

WANDERLEY, M. N. B. Raízes históricas do campesinato brasileiro. In: TEDESCO, J.C. Agricultura familiar: realidades perspectivas. 2 ed. Passo Fundo: EDIUPF, 1999.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção desse estudo permitiu a compreensão da dinâmica do trabalho rural, pela ótica dos profissionais de saúde. Frente a isso, enfatiza-se a necessidade de investimento na organização de ações voltadas a saúde dos trabalhadores rurais de forma geral, bem como com relação à exposição a agrotóxicos.

A ocorrência de adoecimento relacionado ao uso de agrotóxicos no trabalho rural deve ser vista pelo sistema de saúde local e regional, como uma demanda que necessita atenção no sentido de evitar reincidência, e prevenir novos casos. Para isso, é preciso o investimento em educação em saúde para os trabalhadores rurais e familiares desenvolverem consciência crítica quanto aos cuidados no manejo e as consequências do uso de agrotóxicos.

Outro viés de atenção à saúde dos trabalhadores rurais expostos a agrotóxicos compreende as ações direcionadas aos casos em que o adoecimento já é manifesto. Nessas situações, é imprescindível que a rede de cuidados esteja coesa para garantir um cuidado integral, indo deste o diagnóstico adequado até o acompanhamento após a fase aguda da doença, pela equipe de ESF.

Propõe-se repensar no processo de formação dos profissionais de saúde que contemple as especificidades do trabalho rural, incluindo a exposição a agrotóxicos como fator que contribui para o adoecimento dos trabalhadores. Isso se justifica pela necessidade de melhoria no cuidado a esses trabalhadores, tendo em vista que questões relacionadas ao trabalho rural e a exposição a agrotóxicos é pouco observada pelos profissionais de saúde, principalmente no que tange a prevenção de agravos a saúde decorrentes dos agrotóxicos.

Faz-se igualmente importante, que os profissionais de saúde do município estudado ao passo que tomarem ciência dos resultados da presente pesquisa, passem a organizar a rede de cuidados, tomando o trabalho como fator potencial para o desenvolvimento de doenças. E que a partir de uma abordagem voltada para a educação em saúde, se possa a longo prazo sensibilizar os trabalhadores rurais quanto a importância das precauções com relação ao uso e manejo de agrotóxicos.

REFERENCIAS

ANDRADE, I. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n. 2, p. 455-64, 2007.

BAPTISTA, T.W. F. O direito à saúde no Brasil: sobre como chegamos ao Sistema Único de Saúde e o que esperamos dele. In: **Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio** (org.). Textos de apoio em políticas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

BRASIL. **Decreto nº 4.074, de 04 de Janeiro de 2002**. Regulamenta a Lei nº 7.802, de 11 de julho de 1989. Disponível em: <<http://www.inpev.org.br/responsabilidades/legislacao/images/Decreto.PDF>>. Acesso em: 11 Out. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados** / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz; [elaborado por Sarah Escorel (Coord.); Lígia Giovanella; Maria Helena Mendonça; Rosana Magalhães; Mônica de Castro Maia Senna]. – 2. ed. atual. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 210 p.: il. color.– (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da família no Brasil : uma análise de indicadores selecionados : 1998-2005/2006** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 200 p. : il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. Departamento Técnico-Normativo. Divisão de Meio Ambiente e Ecologia Humana. **Manual de vigilância da saúde de Populações expostas a agrotóxicos**. Brasília, DF: 1997. 72p.

_____. Ministério da Saúde. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes a dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 23 set. 2011.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil 1988** – texto constitucional de 5 out. 1988. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador**. Brasília, 2004. Disponível em: <http://www.mpas.gov.br/arquivos/office/3_081014-105206-701.pdf>. Acesso em: 28 set. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. **Cadernos de Atenção Básica, Caderno n.5**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Resolução nº 196/96. Pesquisa em seres humanos. **Revista Bioética**. p. 36-8, Abr.-Jun. 1996.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 68 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. Diretrizes para Atenção Integral à Saúde do Trabalhador de Complexidade Diferenciada. **Protocolo de Atenção à Saúde dos Trabalhadores Expostos a agrotóxicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 27p.

CAMPOS, G.W.S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 219-30, 2000.

CAMPOS, G. W. S. Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho e saúde. In: **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

CAREGNATO, R.C. A; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enferm**. v.15, n. 4, out./dez. p. 679-684, 2006.

CARVALHO, B. G. MARTIN, G. B. CORDONI JUNIOR, L. A Organização do Sistema de Saúde no Brasil. In: **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: Ed. UEL, 2001.

COLOMÉ, I. C. S., LIMA, M. A. D. S., DAVIS, R. Visão de enfermeiras sobre as articulações das ações de saúde entre profissionais de equipes de saúde da família. **Rev Esc Enferm USP**, v. 42, n. 2, p. 256-61, 2008.

DIAS, E. C. A. Condições de vida, trabalho, saúde e doença dos trabalhadores rurais no Brasil. In: Pinheiro TMM, organizador. **A saúde do trabalhador rural**. Brasília: RENAST, 2006. Disponível em: < http://www.medicina.ufmg.br/dmps/2006/saude_trabalhador_rural.pdf>. Acesso em: 23 set. 2011.

FRANCO, T. B. MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. M. Integralidade na assistência a saúde: a organização das linhas de cuidado. In: MERHY, E.E et al (orgs.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2007, 296p.

FUNASA. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. **Guia de vigilância epidemiológica**. Ministério da Saúde. Brasília, DF: 1998. Cap. 5.15.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M.G; GASKELL, G. (Ed.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 7. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.21, n.2, p.490-98, 2005.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: < http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=rs&tema=sinopse_censodemog2010>. Acesso em: 23 set. 2011.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Vigilância do câncer relacionado ao trabalho e ao ambiente**. 2ed. Rio de Janeiro: INCA, 2010.

KANTORSKI, L. P. A integralidade no cotidiano de trabalho na Estratégia Saúde da Família. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 30, n. 4, p. 594-601, 2009.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa da saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001.

LIMA, M. C. **Monografia**: a engenharia da produção acadêmica. 2. ed. rev. e atualizada. São Paulo: Saraiva, 2008.

MARX, K. Processo de trabalho e processo de valorização. In: **O Capital – crítica da Economia Política**. v.1, p. 149-163. Editora Abril, 1983.

MERHY, E. E, Onocko R. (orgs). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2007.

NARDI, H. C. Saúde do Trabalhador. In: CATTANI, A. D. (org.). Trabalho e tecnologia, dicionário crítico. Petrópolis: Editora Vozes; Porto Alegre: Ed. Universidade, 1997, 219-224.

OLIVEIRA-SILVA, J. J. et al. Influência de fatores socioeconômicos na contaminação por agrotóxicos, Brasil. **Rev Saúde Pública**, vol.35, n.2, p 130-35, 2001.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Agricultura e do Abastecimento. Conselho Regional de Engenharia, Arquitetura e Agronomia. Secretaria de Estado da Agricultura e do Abastecimento. **Manual de orientação sobre receituário agrônomo**: uso e comércio de agrotóxicos. Curitiba, 2010.

PERES, F. MOREIRA, J. C. **É veneco ou é remédio? Agrotóxicos, saúde e ambiente**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

PINHEIRO, R. FERLA, A. A. SILVA JUNIOR, A. G. A integralidade na atenção a saúde da população. In: MARINS, J. J. N. et al. (orgs). **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2004. p.269-84.

RIBAS, P. P. MATSUMURA, A. T. S. A química dos agrotóxicos: impacto sobre a saúde e meio ambiente. **Revista Liberato**, Novo Hamburgo, v. 10, n. 14, p. 149-58, 2009.

RIBEIRO, E. M. PIRES, D. BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p.438-46, 2004.

SCHWARTZ, E. LANGE, C. MEINCKE, S. M. K. A enfermagem e os cuidados a saúde da família rural. **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v. 3, n.1, p.48-53, 2001.

SCHWARTZ, E. **Um olhar sistêmico paras as famílias rurais**. Projeto de Qualificação para Tese de Doutorado. Florianópolis, 2000. Qualificação – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2000.

SCHLINDWEIN, V. L. D. C. Dor e sofrimento: a desproteção social dos trabalhadores do fumo. **Barbarói**. Santa Cruz do Sul, n. 32, jan./jul. 2010.

SCOPINHO, R. A. Condições de vida e saúde do trabalhador em assentamento rural. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.15(Supl. 1), p.1575-84, 2010.

SIQUEIRA, S. L. KRUSE, M. H. L. Agrotóxicos e saúde humana: contribuição dos profissionais do campo da saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v.42, n.3, p. 584-90, 2008.

SOUZA, M. G. MANDÚ, E. N. T. Percepções de enfermeiros sobre a Estratégia Saúde da Família. **Cienc Cuid Saude**, v. 9, n. 4, p. 643-50, 2010.

SPADOTTO, C. A. GOMES, M. A. F. Ministério Da Agricultura, Pecuária E Abastecimento, 2012. Disponível em: <http://www.agencia.cnptia.embrapa.br/gestor/agricultura_e_meio_ambiente/arvore/CONTAGO1_40_210200792814.html>. Acesso em: 10 de nov. 2012

TEIXEIRA, E. Trabalho e cuidado: categorias emergentes para ações sanitárias e educativas entre trabalhadores da terra de São Domingos do Capim, PA. **Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá, v.4, n.1, p.57-63, 2005.

VASCONCELOS, C. M. PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. (orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

VEIGA, M. M. Agrotóxicos: eficiência econômica e injustiça socioambiental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.1, p.145-52, 2007.

WANDERLEY, M. N. B. Raízes históricas do campesinato brasileiro. In: TEDESCO, J.C. **Agricultura familiar**: realidades perspectivas. 2 ed. Passo Fundo: EDIUPF, 1999.

APÊNDICES

Apêndice A - Roteiro para observação não participante

- 1) Acesso do trabalhador rural na unidade de saúde (agendamento, filas para fichas...)
- 2) Acolhimento na unidade de saúde.
- 3) Profissional que acolhe na unidade de saúde.
- 4) Profissional de saúde para quem ele é referenciado.
- 5) Demanda do trabalhador rural na unidade de saúde.
- 6) Relato de sinais e/ou sintomas de intoxicação por agrotóxico.
- 7) Registro nos prontuários sobre intoxicação por agrotóxico
- 8) Conduta frente a identificação do uso/contato com agrotóxicos
- 9) Orientações de promoção e prevenção de agravos decorrentes do uso/contato com agrotóxicos.
- 10) Ações focalizadas no cuidado do trabalhador rural que manuseia agrotóxicos
- 11) Profissional que realiza a visita domiciliar (VD)
- 12) Motivo da visita domiciliar.
- 13) Vínculo entre profissional de saúde e usuário na VD.

Apêndice B - Roteiro para entrevista semi-estruturada**Dados sócio-demográficos**

1. Data de nascimento: / /
2. Sexo: () Feminino () Masculino
3. Estado civil: () Solteiro () Casado/companheiro
() Separado/divorciado () Viúvo
4. Mora em Nova Palma?
() sim () não. Onde? _____
5. Formação:
6. Tempo de formado:
7. Tipo de vínculo com o município:
8. Quanto tempo de serviço no município?
9. Quanto tempo de serviço na ESF no município de Nova Palma?

Tópicos norteadores da entrevista semi-estruturada:

- Trabalho desenvolvido em um município que tem sua economia baseada na agropecuária;
- Especificidades do trabalho rural;
- Processo saúde-doença do trabalhador rural;
- Agrotóxico como agente potencial para agravos a saúde;
- Identificação de sinais, sintomas e/ou e conduta frente aos agravos a saúde dos trabalhadores rurais que esteja relacionado ao uso de agrotóxicos;
- Protocolo de encaminhamento em caso de intoxicação de trabalhador rural por agrotóxico.

Apêndice C- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Título do estudo: Cuidado da Equipe de Estratégia de Saúde da Família a trabalhadores rurais expostos a agrotóxicos

Pesquisador(es) responsável(is): Carmem Lúcia Colomé Beck, Teresinha Heck Weiller

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/Departamento de Enfermagem – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Telefone para contato: (55)3220-8029 ou (55)96817817

Local da coleta de dados: Nova Palma/RS

Prezado(a) Senhor(a):

Você está sendo convidado(a) a responder às perguntas desta entrevista de forma totalmente voluntária. Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder a entrevista, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes que você se decida a participar. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

Objetivo do estudo: Conhecer o cuidado prestado pela equipe de ESF a trabalhadores rurais expostos a agrotóxicos.

Procedimentos. Sua participação nesta pesquisa consistirá na concessão de entrevista, bem como será observada a dinâmica de seu trabalho, não individualmente, mas conjuntamente com os demais membros da equipe na qual você trabalha.

Benefícios. A partir dos dados que serão coletados, acredita-se que, no campo assistencial, esta pesquisa poderá sugerir mudanças nas ações voltadas trabalhadores rurais expostos a agrotóxicos. Para o campo científico, esta pesquisa tem o mérito de contribuir com novas investigações, pois poderá assinalar temas a serem explorados por outras investigações na área da saúde do trabalhador.

Riscos. O estudo não oferecerá riscos potenciais ou reais à saúde dos pesquisados. No entanto, os participantes poderão sentir-se desconfortáveis ao falar sobre determinados tópicos abordados na entrevista, bem como durante a observação não-participante. Caso isso ocorra, o participante será encaminhado para avaliação e acompanhamento no serviço de psicologia do município. No momento da entrevista, será salientado aos pesquisados que suas respostas, em momento algum, implicarão em repercussões funcionais junto ao município.

Sigilo. As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

As informações serão utilizadas para execução do presente projeto, sendo ainda construído um banco de dados para essa e outras pesquisas. Somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas na sala 1305B do Departamento de Enfermagem, no Centro de Ciências da Saúde, prédio 26, no Campus da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), por um período de cinco (5) anos, sob a responsabilidade da pesquisadora responsável deste projeto Profa Dra Carmem Lúcia Colomé Beck. As informações ficarão em um armário exclusivo para este fim e após o período de cinco anos serão destruídas sob a forma de incineração.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu _____, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Nova Palma _____, de _____ de 2012.

Assinatura

Letícia Martins Machado
Mestranda

Carmem Lúcia Colomé Beck
Pesquisadora Orientadora

Teresinha Heck Weiller **Pesquisadora**
Pesquisadora Co-orientadora

Para maiores informações:

Letícia Martins Machado. Tel: (55) 96817817; e-mail: lehmachado@yahoo.com.br; Profa. Dra. Carmem L. C. Beck. Tel: (55)3220 8029; e-mail: carmembeck@gmail.com; Profa. Dra. Teresinha H. Weiller. Tel. (55)30261835; e-mail: weiller2@hotmail.com; Para dúvidas ou considerações sobre a ética na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP): Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria – 7º andar – Campus Universitário – 97105-900 – Santa Maria-RS. Tel: (55)3220 9362; e-mail: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

Apêndice D - Termo de Aceite de Pesquisa

PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA PALMA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Eu Solange Regina Perivaldo Rossato responsável pela Secretaria Municipal de Saúde de Nova Palma/RS autorizo a realização da Pesquisa **"Cuidado da Equipe de Estratégia de Saúde da Família a trabalhadores rurais expostos a agrotóxicos"**, por Letícia Martins Machado sob orientação da Profa. Dra. Carmem Lúcia Colomé Beck e co-orientação da Profa. Dra. Teresinha Heck Weiller, para elaboração de dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, UFSM.

A pesquisa contará com a participação dos profissionais de saúde que compõem as Equipes de Estratégia de Saúde da Família do referido município, sendo que estes estarão cientes da participação voluntária.

Nova Palma, RS 11 de novembro de 2011.

Solange Rossato
Secretária da Saúde e
Assistência Social

Solange
Assinatura/Carimbo

Apêndice E - Termo de Confidencialidade

Título do Projeto: Cuidado da Equipe de Estratégia de Saúde da Família a trabalhadores rurais expostos a agrotóxicos

Pesquisadora Responsável: Profa. Dra. Carmem Lúcia Colomé Beck (orientadora)
Profa. Dra. Teresinha Heck Weiller (co-orientadora)

Pesquisadora Mestranda: Letícia Martins Machado

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/Departamento de Enfermagem – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Telefone para contato: (55)3220 – 8029 ou (55)96817817

Local da Coleta de dados: Nova Palma/RS



Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos participantes cujos dados serão coletados Por meio de entrevista semi-estruturada e observação não-participante com profissionais de saúde que compõem as Equipes de Estratégia de Saúde da Família.

Concordam igualmente que as informações serão utilizadas para execução do presente projeto, sendo ainda construído um banco de dados para essa e outras pesquisas. Somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas na sala 1305B do Departamento de Enfermagem, no Centro de Ciências da Saúde, prédio 26, no Campus da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), por um período de cinco (5) anos, sob a responsabilidade da pesquisadora responsável deste projeto Profa Dra Carmem Lúcia Colomé Beck. As informações ficarão em um armário exclusivo para este fim, e após o período de cinco anos serão destruídas sob a forma de incineração.

Santa Maria ____ de _____ de _____.

Carmem Lúcia Colomé Beck
Pesquisadora responsável/Orientadora

Apêndice F - Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM

 <p>MINISTÉRIO DA SAÚDE Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)</p>	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa Comitê de Ética em Pesquisa - CEP- UFSM REGISTRO CONEP: 243</p> 
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – (CONEP/MS) analisou o protocolo de pesquisa:

Título: Cuidado da equipe de estratégia de saúde da família a trabalhadores rurais expostos a agrotóxicos

Número do processo: 23081.017018/2011-54

CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0348.0.243.000-11

Pesquisador Responsável: Carmem Lúcia Colomé Beck

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente a este Comitê.

O pesquisador deve apresentar ao CEP:

Janeiro / 2013- Relatório final

Os membros do CEP-UFSM não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

DATA DA REUNIÃO DE APROVAÇÃO: 23/12/2011

Santa Maria, 26 de Dezembro de 2011.



Félix A. Antunes Soares
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa-UFSM
Registro CONEP N. 243.

Apêndice G – Modelo “do círculo, do triângulo e dos pontos”

