



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM  
BACHARELADO EM ENFERMAGEM

JUCILENE FRANCISCA DE SOUZA LACERDA

**SAÚDE DO HOMEM:** Conhecimento do trabalhador rural acerca do autocuidado

CAJAZEIRAS – PB

2017

JUCILENE FRANCISCA DE SOUZA LACERDA

**SAÚDE DO HOMEM:** Conhecimento do trabalhador rural acerca do autocuidado

Trabalho de conclusão de curso apresentado à coordenação do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande como pré-requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

**Orientadora:** Profa. Dra. Marilena Maria de Souza

CAJAZEIRAS – PARAÍBA

2017

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)  
Josivan Coêlho dos Santos Vasconcelos - Bibliotecário CRB/15-764  
Cajazeiras - Paraíba

L131s Lacerda, Jucilene Francisca de Souza.  
Saúde do homem: conhecimento do trabalhador rural acerca do autocuidado / Jucilene Francisca de Souza Lacerda. - Cajazeiras, 2017.  
57f.  
Bibliografia.

Orientadora: Profa. Dra. Marilena Maria de Souza.  
Monografia (Bacharelado em Enfermagem) UFCG/CFP, 2017.

1. Saúde do homem. 2. Trabalhadores rurais. 3. Autocuidado. 4. Saúde - população rural. I. Souza, Marilena Maria de. II. Universidade Federal de Campina Grande. III. Centro de Formação de Professores. IV. Título.

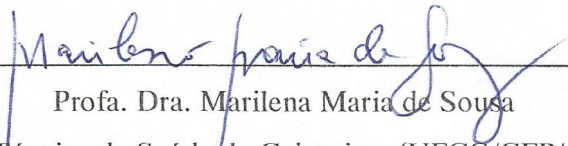
JUCILENE FRANCISCA DE SOUZA LACERDA

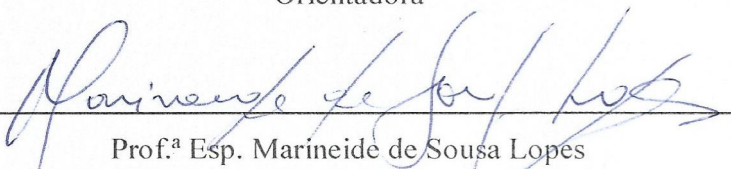
**SAÚDE DO HOMEM: Conhecimento do trabalhador rural acerca do autocuidado**

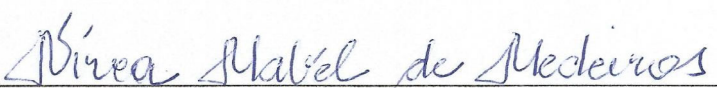
Trabalho de conclusão de curso apresentado à coordenação do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande como pré-requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em: 19/09/2017

**BANCA EXAMINADORA:**

  
\_\_\_\_\_  
Prof.ª Dra. Marilena Maria de Sousa  
Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras (UFCG/CFP/ ETSC)  
Orientadora

  
\_\_\_\_\_  
Prof.ª Esp. Marineide de Sousa Lopes  
Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras (UFCG/CFP/ ETSC)  
Examinadora

  
\_\_\_\_\_  
Prof.ª Esp. Nívea Mabel de Medeiros  
Unidade Acadêmica de Enfermagem (UFCG/CFP/UAENF)  
Examinadora

CAJAZEIRAS – PB

2017

“Quando o homem aprender a ser apenas os ponteiros do relógio de Deus, saberá o valor da espera”.

(Binho Vieira)

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço em primeiro lugar a Deus, pela força, inspiração, por não me deixar desistir jamais em meios às dificuldades e sempre me mostrar o melhor caminho a seguir nessa jornada.

A minha família, a qual amo muito, pela força e união em todos os momentos da minha vida, minha mãe Francisca Ana Lira de Souza, meu pai Jaime Vicente de Souza, que sempre me deu força para continuar na luta, com resiliência que sempre enfrentou todas as batalhas da minha vida ao meu lado, minhas irmãs Jailda, Joelma e Jocélia pela capacidade de acreditarem em mim, em especial ao meu esposo Francisco Fábio Lacerda Firmino, pelo apoio, ajuda, paciência durante a maior parte da minha vida acadêmica, agradeço imensamente. Ao maior tesouro da minha vida, meu filho Joaquim de Souza Lacerda, que me fez descobrir como se ama incondicionalmente. A minha segunda família, Laura Lacerda Firmino e aos meus cunhados pela força e incentivo constante.

Aos amigos e amigas que acompanharam toda minha jornada, enquanto acadêmica, sem deixar que o desânimo interrompesse a concretização deste sonho.

As amigas de curso: Layane, Cícera, Raylessa, Lívia, Luciana, Genicléia, Edwirges que me acompanharam todos os momentos descontraídos e difíceis.

Todos os meus colegas de curso, que me apoiaram, ouviram e compartilharam muitas experiências, que contribuíram para o nosso crescimento.

Aos mestres pela trajetória percorrida até aqui contribuindo para minha formação, em especial a Professora Dra. Marilena Maria de Sousa, minha dedicada orientadora, pelos valiosos subsídios, pelos ajustes, arranjo e disponibilidade na direção deste trabalho. Pelo apoio, pelas críticas construtivas e força nas horas de dificuldades.

**OBRIGADA!**

“Ainda que eu tenha o dom de profecia, saiba todos os mistérios e todos os conhecimentos e tenha uma fé capaz de mover montanhas, se não tiver amor nada serei”.

(1 Coríntios 13:2)

LACERDA, J. F. S. **SAÚDE DO HOMEM: Conhecimento do trabalhador rural acerca do autocuidado.** Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, Paraíba: 2017. 57 p.

## RESUMO

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem instituída em 2009 visa qualificar a saúde da população masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardecam a integralidade da atenção. Os homens adentram o sistema de saúde por meio da atenção especializada, tem como consequência o agravamento da morbidade. Na faixa etária de 20 a 59 anos os homens morrem cerca de duas vezes mais e vivem 7,3 anos a menos do que as mulheres. Os processos produtivos de trabalho implicam diferenciadas inserções dos trabalhadores, com consequente diversificação dos padrões de morbidade e mortalidade. Os trabalhadores rurais são os que mais desempenham atividades arriscadas e insalubres, em ambiente propiciador de diversos fatores de riscos ocupacionais. No Brasil, são aproximadamente 30 milhões de trabalhadores submetidos a riscos e agravos das condições de trabalho agrícola, equivalente a cerca de 20% da população economicamente ativa do país. Neste sentido, esse estudo teve por objetivo de verificar o conhecimento acerca do autocuidado dos trabalhadores rurais cadastrados na atenção básica à saúde. Trata-se de um estudo de caráter exploratório e descritivo com abordagem quanti-qualitativa, que foi desenvolvido com trabalhadores rurais cadastrados em uma unidade básica de saúde, de um distrito do município de Cajazeiras-PB. Os dados foram coletados no mês de agosto de 2017, utilizando um formulário semiestruturado. Os dados das questões objetivas foram apresentados em tabelas e das questões subjetivas foram organizados e categorizados conforme a técnica de análise de Bardin e analisados a luz da literatura pertinente à temática. A pesquisa obedeceu aos princípios da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Participaram da pesquisa 13 trabalhadores rurais, com idades entre 26 e 57 anos, predominância dos casados, residentes do distrito de Divinópolis. Os resultados desta pesquisa revelaram que os trabalhadores rurais tem limitado conhecimento do que é autocuidado. Quanto aos riscos à sua saúde, sabem da ocorrência dos acidentes com instrumentos de trabalho, animais peçonhentos, uso de agrotóxicos e a exposição solar. Em relação às ações preventivas para o autocuidado, afirmaram que os EPIs são a forma de prevenção, apesar de não utilizarem. Dessa forma, julga-se necessária a efetivação das diretrizes contidas na Política Nacional de Saúde do Homem, visando à promoção do autocuidado e a proteção da saúde dos trabalhadores, reduzindo a morbimortalidade decorrente dos processos produtivos.

**Palavras-chaves:** Autocuidado. Saúde do homem. Saúde da população rural.



**LACERDA, J. C. A. S. MAN HEALTH: knowledge of the rural worker about self-care.** Final Paper (Bachelor's degree in nursing) – Federal University of Campina Grande, Cajazeiras, Paraíba: 2017. 57 p.

### **ABSTRACT**

The National Policy of Integral Attention to Human Health instituted in 2009 aims to qualify the health of the male population in the perspective of lines of care that safeguard the integrality of the attention. Men enter the health system through specialized care, resulting in the aggravation of morbidity. In the 20-59 age group, men die about twice as long and live 7.3 years shorter than women. The productive processes of labor imply different insertions of the workers, with consequent diversification of morbidity and mortality patterns. Rural workers are the ones that carry out the most risky and unhealthy activities, in an environment conducive to various occupational risk factors. In Brazil, there are approximately 30 million workers subject to risks and aggravations of agricultural working conditions, equivalent to about 20% of the economically active population of the country. In this sense, this study aimed to verify the knowledge about the self-care of rural workers enrolled in basic health care. This is an exploratory and descriptive study with a quantitative-qualitative approach, which was developed with rural workers enrolled in a basic health unit in a district of the municipality of Cajazeiras-PB. Data were collected in August 2017, using a semi-structured form. The data of the objective questions were presented in tables and the subjective questions were organized and categorized according to the technique of analysis of Bardin and analyzed in light of the literature pertinent to the subject. The research was in compliance with the principles of Resolution 466/2012 of the National Health Council. 13 rural workers, aged between 26 and 57 years, predominantly married, living in the district of Divinópolis, participated in the study. The results of this research revealed that rural workers have limited knowledge of what is self-care. As for the risks to their health, they know of the occurrence of accidents with working instruments, poisonous animals, use of pesticides and sun exposure. Regarding preventive actions for self-care, they stated that PPE is the form of prevention, even though they do not use it. Thus, it is considered necessary to implement the guidelines contained in the National Health Policy for Man, aiming at promoting self-care and protection of workers' health, reducing morbidity and mortality resulting from productive processes.

**Key-words:** Self Care. Health of man. Health of the rural population.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Distribuição dos participantes conforme idade e estado civil–2017 .....	26
<b>Tabela 2</b> – Distribuição dos participantes conforme escolaridade– 2017 .....	27
<b>Tabela 3</b> – Distribuição dos participantes conforme procedência e tempo de trabalho –2017.....	28

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

ABS – Atenção Básica de Saúde

AC – Análise de Conteúdo

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CNST– Conferência Nacional da Saúde do Trabalhador

EPI,S– Equipamento de Proteção Individuais

ESF – Estratégia Saúde da Família

IBGE– Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INCA – Instituto Nacional do Câncer

LOS– Lei Orgânica do SUS

MS – Ministério da Saúde

NR– Norma Regulamentadora

NOAS– Normas Operacionais da Assistência à Saúde

NOB– Norma Operacional Básica

PNAISH – Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do homem

PNSIPCF– Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta

SUS – Sistema Único de Saúde

SIM– Sistema de Informação de Mortalidade

UBS – Unidade Básica de Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	<b>15</b>
2.1 GERAL .....	15
2.2 ESPECÍFICOS .....	15
<b>3. REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>16</b>
3.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE .....	16
3.2 POLÍTICA DE ATENÇÃO A SAÚDE INTEGRAL DO HOMEM .....	17
3.3 POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR RURAL .....	19
<b>4. METODOLOGIA</b> .....	<b>22</b>
4.1 TIPO DE ESTUDO .....	22
4.2 LOCAL DO ESTUDO .....	22
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	23
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO .....	23
4.5 INSTRUMENTO E TÉCNICA DE COLETA DE DADOS .....	23
4.6. PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS .....	23
4.7 ANÁLISE DOS DADOS .....	24
4.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	24
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>26</b>
5.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIO DEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES .....	26
5.2 DELINEANDO CATEGORIAS .....	29
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>39</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>40</b>
APÊNDICE A – ENTREVISTA .....	47
APÊNDICE B – TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL .....	48
APÊNDICE C –TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR PARTICIPANTE .....	49
ANEXOS .....	50
ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	51
ANEXO B – TERMO DE ANUÊNCIA .....	54
ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP .....	55

## 1 INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) instituída em 2009 visa qualificar a saúde da população masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardem a integralidade da atenção. Os homens adentram o sistema de saúde por meio da atenção secundária, tem como consequência o agravamento da morbidade pelo retardamento na atenção. Sendo imprescindível fortalecer e qualificar a atenção primária garantindo a promoção da saúde e a prevenção aos agravos, visando estimular o autocuidado (BRASIL, 2009).

De acordo com o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), os homens de 20 a 59 anos morrem cerca de duas vezes mais do que as mulheres da mesma faixa etária (BRASIL, 2016). Para o Instituto Brasileiro de Geografia os homens vivem 7,3 anos a menos do que as mulheres nesta mesma faixa etária (IBGE, 2013).

Os processos produtivos de trabalho implicam diferenciadas inserções dos trabalhadores, com conseqüente diversificação também dos padrões de morbidade e mortalidade. Esses padrões de saúde e doença são influenciados por fatores decorrentes das condições de vida a que estão submetidos, tanto no meio urbano quanto no rural (MINAYO; THEDIM-COSTA, 1997).

Os trabalhadores rurais são os que mais desempenham atividades arriscadas e insalubres, em ambiente propiciador de diversos fatores de riscos ocupacionais. Incluem-se os riscos físicos, o trabalho é realizado em locais sem abrigo, sujeitos às intempéries e às radiações ionizantes; os químicos, em decorrência do emprego de variados produtos agrícola e poeiras; os ergonômicos, em decorrência dos pesos que os trabalhadores transportam e dos diversos desenhos dos equipamentos e ferramentas; os biológicos, pela presença de animais que lhes podem causar ferimentos, entre outros (SILVEIRA et al., 2005).

No Brasil, são aproximadamente 30 milhões de trabalhadores submetidos a riscos e agravos das condições de trabalho agrícola, equivalente a cerca de 20% da população economicamente ativa do país (IBGE, 2012). Tem-se observado no mundo que a exposição a agrotóxicos, a ruídos, maquinaria e outros inerentes ao trabalho agrícola podem contribuir para piores condições de saúde de tais trabalhadores em comparação aos trabalhadores não agrícolas (MOREIRA et al., 2015).

Grande parte da não-adesão às medidas de atenção integral, por parte do homem, decorre das variáveis culturais. Os estereótipos de gênero, enraizados há séculos em nossa cultura patriarcal, potencializam práticas baseadas em crenças e valores do que é ser

masculino. A doença é considerada como um sinal de fragilidade que os homens não reconhecem como inerentes à sua própria condição biológica (BRASIL, 2008).

A resistência masculina à atenção primária sobrecarrega financeiramente a sociedade, além e, sobretudo, de promover o sofrimento físico e emocional do paciente e de sua família, na tentativa de restauração e conservação da saúde por uma qualidade de vida. Quanto aos tratamentos crônicos ou de longa duração, em geral, apresentam menor adesão, devido à necessidade de empenhar-se aos esquemas terapêuticos prolongados e modificar seu estilo de vida (BRASIL, 2009).

Diante do exposto, percebe-se a necessidade de estratégias que fortaleçam a adesão do homem na atenção primária, estimulando o autocuidado, porém, é preciso saber se o homem possui conhecimento sobre o autocuidado para manter a sua saúde, prevenir a doença. O autocuidado são intervenções de promoção da saúde orientadas para a prática de cuidados de enfermagem, desde os cuidados de saúde primários, unidades de internamento de longa duração e serviços de reabilitação (SIDANI, 2011).

Partindo-se dessas reflexões, surgiu como questionamento deste estudo: O trabalhador rural possui conhecimento sobre o autocuidado? Respondendo a esta questão pode-se verificar se o trabalhador rural tem ciência sobre o autocuidado, contribuindo assim, para que os profissionais de saúde, mediante os resultados possam desenvolver manejo de ações conforme as necessidades do homem.

O que torna este estudo relevante é a escassez de pesquisas que retratem o conhecimento da população rural agrícola sobre autocuidado. Os estudos existentes são, em sua maioria, direcionados a exposições ou morbidades específicas, como: agrotóxicos, ruídos, doenças respiratórias e acidentes de trabalho. Sendo assim, espera-se que possa ser útil para as políticas públicas e subsidiar o planejamento de ações à saúde de uma parcela importante da população economicamente ativa do Brasil.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 GERAL**

Verificar o conhecimento dos trabalhadores rurais acerca do autocuidado cadastrados em uma unidade básica de saúde.

### **2.2 ESPECÍFICOS**

- Caracterizar os participantes do estudo;
- Descrever a percepção do trabalhador rural acerca do autocuidado;
- Identificar os riscos a saúde referentes à saúde do trabalhador rural;
- Averiguar as ações preventivas realizadas pelo trabalhador rural para a promoção do autocuidado.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

No Brasil, a política de saúde pública está consolidada, desde a Constituição Federal de 1988 no Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como princípios a universalidade e a equidade no acesso aos serviços e ações de saúde e a integralidade da atenção, operacionalizando-se pelas diretrizes de descentralização, regionalização e hierarquização do cuidado e de participação da comunidade (BRASIL, 1990).

O SUS é composto pela adesão de duas leis (8080/90 e a lei 8.142/90), leis nacionais que tem o caráter de norma geral, contendo diretrizes e limites que devem ser respeitados pela união, estados e municípios, garantindo o direito a saúde da população, e as normas operacionais básicas (NOB) como instrumento de operacionalização da descentralização. Logo, as leis orgânicas que regulamentaram o SUS e as NOB's têm sido instrumento de regulamentação das políticas de saúde no Brasil (AGUIAR, 2011).

Por meio da Lei Orgânica de Saúde (LOS), 8.080/90, ocorreu a regulamentação do SUS que dispõe sobre condições para promoção, proteção e recuperação da saúde. De acordo com essa lei, a saúde é entendida como direito fundamental do ser humano. Cabe ao Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, por meio de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos, além do estabelecimento de condições que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços par sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990).

A Lei a 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Concretizou-se assim um importante espaço público de controle social, mediante a participação da população por meio das conferências e dos conselhos de saúde em todas as esferas de governo. Em relação aos recursos financeiros do SUS, explicita em seu artigo 33 que tais recursos serão depositados em conta especial (os fundos de saúde), em cada esfera de atuação e deverão ser movimentados sob o controle e fiscalização dos conselhos de saúde (BRASIL, 1990b).

Fica claramente definida no artigo 6º da LOS que caberá ao SUS, a atuação na saúde do trabalhador tanto na assistência, na vigilância e controle de doenças relacionadas ao trabalho, na promoção a saúde, atribuições estas que, com a realização da II Conferência



Nacional do Trabalhador (CNST) de 13 a 16 de março de 1994, ficam politicamente melhor demarcadas (CARGNIN; MIO; GERMANI, 2011).

A normatização do SUS vem sendo implementada por uma série de legislações que incluem as Leis Orgânicas de Saúde (8.080 e 8.142 de 1990) e outras leis, emendas, decretos, normas e portarias que foram editadas posteriormente, além das leis orgânicas estaduais e municipais necessárias em cada instância, previstas na legislação federal, que orientam o funcionamento do sistema. A operacionalização do SUS, desde os anos 90, orienta-se pelas Normas Operacionais (Normas Operacionais Básicas - NOBs e Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS) editadas pelo MS, com base nos acordos entre os gestores do SUS (federal, estadual e municipal), além das resoluções dos conselhos de saúde, nas três esferas de governo (AGUIAR, 2011).

No início da década de 90, o MS, visando à reorganização da Atenção Básica, criou o Programa de Saúde da Família (PSF), tentando superar a implantação do programa de agentes comunitários de saúde (PACS). O PACS passou a ser chamado de estratégia de saúde da família (ESF), uma nova forma que sugere a reorientação e superar a estruturação dos serviços de saúde e deposita como centro da atenção a família e a comunidade (BRASIL, 2002). Apesar de acelerar a expansão do programa, causou um empobrecimento no alcance do auxílio, por privilegiar determinado público, deixando de oferecer atenção adequada aos demais, como por exemplo, o gênero masculino, tão esquecido e ignorado pelas políticas públicas de saúde (COSTA, 2014).

### 3.2 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM (PNAISH)

A partir dos resultados de estudos e de um detalhado diagnóstico sobre a situação de saúde dos homens brasileiros o Estado reconheceu que a forma de socialização da população masculina compromete significativamente seu estado de saúde, e que a condição de saúde dos homens no Brasil corresponde a um problema de saúde pública (CAMPANUCCI; LANZA, 2011).

Expressa tal reconhecimento na PNAISH, instituída no âmbito do SUS em agosto de 2009, quando revela que os homens têm dificuldade em reconhecer suas necessidades, cultivando o pensamento mágico que não irá adoecer (BRASIL, 2009). O que vem reforçar a importância de uma atenção mais integral para que ocorram mudanças no comportamento que os homens adotam em relação à saúde.

A política do PNAISH tem o intuito de propor ações humanizadas e resolutivas, e de qualificar os profissionais de saúde para o correto atendimento à saúde do homem, implantar assistência em saúde sexual e reprodutiva, orientar os homens e familiares sobre promoção, prevenção e tratamento das enfermidades que atingem o homem. Sobretudo, objetiva que os serviços de saúde reconheçam os homens como sujeitos que necessitem de cuidados e, assim, incentive-os na atenção à própria saúde (BRASIL, 2009).

A partir do momento da publicação do Plano de Ação Nacional (2009 - 2011) foi concretizada a etapa inicial de implantação do PNAISH, formalizada pela Portaria GM nº 1944, de 27 de agosto de 2009. É através deste plano de ação que os gestores do SUS em todo o país, poderá identificar as estratégias, as ações e as metas apropriadas em cada território, enfatizando um grupo populacional, composto pelos homens de 20 a 59 anos de idade, um contingente 52 de brasileiros (BRASIL, 2013).

No Brasil, a saúde do homem vem sendo inserida lentamente na pauta da saúde pública desde o lançamento da PNAISH. Estudo realizado por Leal et al. (2012) buscou compreender como tal distância foi se construindo, na tradução da PNAISH para Planos de Ação (PA) municipais, e observou-se desconhecimento dos agentes implementadores sobre a PNAISH, a rede local de atenção à saúde do homem, as técnicas para atender às especificidades dos homens e o conceito de gênero. A implementação esbarrou na ausência de condições institucionais, como uma estrutura organizacional, uma rede consolidada de atenção, em que o usuário seja atendido por serviços com diferentes graus de complexidade dentro do sistema e recursos em geral, especialmente humanos.

A implantação dessa política, entre outros feitos, envolve as transformações de paradigmas para que se motivem a população masculina, os cuidados com a sua saúde e com a saúde de suas famílias. Embora a política de saúde do homem permaneça já alguns anos, nota-se que poucas UBS desenvolvem algumas ações voltadas para aos homens e que vários profissionais não tem capacitação suficiente para implantar o projeto.

A grande parcela das necessidades de saúde não se manifesta de forma súbita, elas são progressivas e possíveis de serem evitadas. As UBS podem interferir com ações preventivas e de promoção em saúde, mas para acolher as necessidades deste público é preciso pensar também na construção de um ambiente acolhedor e na criação de programas direcionados, individualmente a essa parcela de população, visto que existem poucos e estes são por diversos motivos ineficientes (COSTA, 2014).

### 3.3 POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR RURAL

A resposta dos governos para atender as demandas da sociedade ou solucionar problemas são as políticas públicas. Elas podem abranger tanto leis e decretos quanto serviços oferecidos diretamente a população por meio de programas ou ações do governo. A eficácia das políticas públicas de um determinado governo na solução de problemas ou no atendimento de uma demanda social depende de um conjunto amplo de fatores sociopolíticos e de capacidade técnica administrativa do governo para que haja suporte adequado às decisões políticas de formulação e gestão de políticas (QUEIROZ, 2012).

A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), foi instituída pela Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011, e pactuada pela Comissão de Intergestores Tripartite (CIT), conforme Resolução nº 3, do dia 6 de dezembro de 2011, que orienta o seu Plano Operativo. Aprovada na 14ª Conferência Nacional de Saúde, é um marco histórico na Saúde e um reconhecimento das condições e dos determinantes sociais do campo e da floresta no processo saúde/doença dessas populações (BRASIL, 2013).

A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta expressa o compromisso político do governo federal em garantir o direito e o acesso à saúde por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), considerando seus princípios fundamentais de equidade, universalidade e integralidade. Esta política traduz o citado desafio e também contempla o atual momento brasileiro de incluir as peculiaridades e especificidades da saúde dessas populações. O processo de sua construção baseou-se nas evidências das desigualdades e necessidades em saúde dessas populações e teve caráter participativo, por se fundamentar em amplo diálogo entre o governo e as lideranças dos movimentos sociais (BRASIL, 2013).

A partir do intenso e contínuo processo de mudanças tecnológicas e organizacionais, que marcou o século XX, o mundo da produção foi profundamente afetado, gerando também grandes transformações nas formas, nos processos e nas relações de trabalho. E a agricultura, que por séculos tem se constituído o meio de vida dos agricultores e de suas famílias, converteu-se numa atividade orientada para a lógica produtiva comercial (SILVA et al., 2005).

Nesse contexto de transformações, as relações entre trabalho e saúde dos trabalhadores rurais associam-se a diferentes estágios de incorporação de tecnologias e de formas de

organização e gestão das atividades produtivas, com efeitos sobre o viver, o adoecer e o morrer dos trabalhadores (DIAS, 2006)

Levando em consideração o ambiente de trabalho do homem trabalhador rural, este se encontra exposto a numerosos riscos ocupacionais como o físico, o químico, o biológico, o mecânico e o de organização do trabalho. Vale citar como exemplos, por ter atividade agrícola em área livre, a exposição a raios ultravioletas, ao calor e radiação solar pode ocasionar um envelhecimento precoce, fator muito comum ao homem dessa população, além de aumentar a possibilidade de desenvolver um câncer de pele.

As intoxicações ocorreram especialmente nos grupos que mais trabalhavam com pesticidas, sobretudo os grupos que aplicavam agrotóxicos mais de dez dias por mês e que trabalhavam com estes produtos em mais de uma propriedade (FARIA et al., 2004).

Cerca de 90% dos cânceres de pele desenvolvem-se em regiões do corpo expostas ao sol. Profissionais expostos à intensa radiação solar têm taxas de incidência de câncer de pele e ceratose actínica mais elevadas do que a população em geral ou trabalhadores de outras profissões menos expostos à radiação actínica (HAYASHIDE et al, 2010).

Pode-se, ainda, perceber um déficit da qualidade de vida devido o mau hábito como ingesta inadequada de água, sódio e glicose, agravando-se, assim, problemas de hipertensão arterial e descontrole da glicemia. Além disso, é importante expor ao público-alvo a necessidade do uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) com a finalidade de evitar acidentes ocupacionais.

O sujeito que divide a responsabilidade pela própria saúde junto aos profissionais de saúde, além de um corpo adoecido, assume postura ativa na busca pelo bem-estar e valoriza a própria subjetividade no processo saúde-doença. Essa atitude ativa se traduz no autocuidado que pode ser definido da seguinte maneira: Autocuidado é um dos aspectos do viver saudável. É a realização de ações dirigidas a si mesmo ou ao ambiente, a fim de regular o próprio funcionamento de acordo com seus interesses na vida; funcionamento integrado e bem-estar (OREM, 1991).

O autocuidado faz parte da Teoria Geral da Enfermagem escrito em 1991 pela enfermeira Dorothea Orem, sendo um conjunto de ações desenvolvidas para regular fatores que afetam o próprio desenvolvimento, atividades em benefícios da vida, saúde e estar (CRUZ et al., 2016).

As ações de autocuidado têm certos propósitos a serem alcançados, denominados de requisitos de autocuidado, os quais foram classificados em universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde. Os requisitos universais são comuns a todos os seres humanos, como por

exemplo, a manutenção de um suprimento suficiente de ar, água e alimentos; provisão de cuidados associados com os processos de eliminação; manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso, entre outros (OREM, 1985). Os requisitos universais dessa forma se enquadrariam como objetivos da promoção de saúde e prevenção de riscos em homens trabalhadores rurais.

A identidade masculina está associada à desvalorização do autocuidado e à preocupação incipiente com a saúde. Os homens preferem utilizar outros serviços de saúde, como farmácias ou prontos-socorros, que responderiam mais objetivamente às suas demandas (FIGUEIREDO, 2005). Nesses lugares, os homens seriam atendidos mais rapidamente e conseguiriam expor seus problemas com mais facilidade. A ideia estabelecida nesse caso é de que é mais fácil tratar a doença do que preveni-la ou promover a saúde; o sujeito nesse caso não participa ativamente de sua saúde, ele é acometido pela doença e cabe aos profissionais a tarefa de curá-lo.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quanti-qualitativa. O estudo exploratório segundo (GIL, 2010) proporciona maior familiaridade com o problema, a fim de torná-lo mais nítido. Seu principal objetivo é descrever ou caracterizar a natureza das variáveis que se quer conhecer. Para Koche (2011) o estudo descritivo estuda as relações entre duas variáveis de um dado fenômeno sem manipula-las.

Marconi e Lakatos (2010) refere que a abordagem quantitativa é caracterizada pelo emprego de quantificação tanto das modalidades de coleta de informações quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas desde as mais simples como percentual, media desvio padrão as mais complexas como coeficiente de relação, análise de regressão.

A abordagem qualitativa, por sua vez, procura analisar e interpretar aspectos profundos, descrevendo a complexidade do comportamento humano, favorecendo análise detalhada sobre investigações, hábitos, atitudes e tendências de comportamento (MARCONI; LAKATOS, 2010).

### 4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado na Unidade Básica de Saúde do Distrito de Divinópolis-Cajazeiras-PB, situado a 16 Km da cidade.de Cajazeiras-PB, com economia baseada no cultivo agrícola. O município de Cajazeiras, localiza-se na extremidade ocidental do estado da Paraíba, Região Nordeste do país. Pertence à Mesorregião do Sertão Paraibano e à Microrregião de Cajazeiras e está distante 468 quilômetros da capital do estado, João Pessoa. Cajazeiras-PB ocupa uma área de aproximadamente 566 km<sup>2</sup> e sua população, é de 61 816 habitantes dos quais 27 938 são do sexo masculino (47,8%) , em estimativa de 2016, sendo o oitavo município mais populoso da Paraíba (IBGE, 2016).

Este município possui vinte e quatro UBSs com funcionamento na zona urbana e rural, a escolha deste serviço de atenção primária para realização da pesquisa se deve ao fato da mesma ser a porta de entrada primária das redes de atenção à saúde, e por ser o Distrito de Divinópolis local onde a pesquisadora reside, uma vez que já existe aproximação com a equipe da UBS e os trabalhadores rurais.

#### 4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo foi constituída pelos trabalhadores rurais do Distrito de Divinópolis e sítio Almas, cadastrados na Unidade de Saúde do Distrito de Divinópolis.

A amostra é um subconjunto convenientemente coletado da população, tal qual é vista como a mais significativa (MARCONI; LAKATOS; 2010). A amostra foi constituída por 13 trabalhadores rurais que concordaram em participar do estudo e que atendeu aos critérios de inclusão.

#### 4.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO E INCLUSÃO

Os critérios de inclusão estabelecidos para a participação no estudo foram: o trabalhador rural na faixa etária de 18 a 59 anos; ser agricultor há mais de um ano e residir na zona rural.

Os critérios de exclusão foram: ser membro da mesma família, considerando o primeiro grau de parentesco, tendo em vista que o objeto do estudo não é a família, e trabalhadores rurais não encontrados no período destinado a coleta de dados.

#### 4.5 INSTRUMENTO E TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

Inicialmente foi elaborado um formulário semiestruturado (APÊNDICE A) contendo questões objetivas com dados da caracterização sociodemográfica e questões subjetivas sobre a percepção sobre autocuidado, riscos a saúde e ações preventivas realizadas o qual foi aplicado por meio de entrevista individualizada, objetivando obter informações pelas falas dos trabalhadores rurais participantes que guiou a análise e discussão da pesquisa.

#### 4.6 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do CFP/UFCG, sob o número do parecer 2.131.850, a coleta de dados foi realizada no mês de agosto e teve início com o levantamento dos trabalhadores rurais cadastrados na UBS do Distrito de Divinópolis-Cajazeiras- PB. Em seguida foram realizadas as visitas domiciliares, informando sobre os objetivos do estudo, leitura e assinatura do TCLE (ANEXO). Durante a entrevista, seguindo o

roteiro citado anteriormente, foi feito o registro das informações prestadas pelos trabalhadores rurais.

A coleta foi realizada, diretamente, com os trabalhadores rurais, na residência, nos turnos da manhã e da tarde, de acordo com a disponibilidade de cada participante do estudo, sendo excluído do estudo o participante que, por algum motivo, não pôde realizar a entrevista.

#### 4.7 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi realizada de acordo com as questões abordadas na entrevista, às questões objetivas, foram analisadas quantitativamente e os dados obtidos foram agrupados e representados através de tabelas com frequência e percentual. Os dados obtidos foram analisados, de forma descritiva, recorrendo à literatura pertinente.

Os dados qualitativos, que revelaram a visão dos participantes, foram trabalhados por meio da análise de conteúdo (AC), desenvolvida por Laurence Bardin (2011).

Segundo Caregnato e Mutti (2006), a AC é uma técnica de pesquisa que visa compreender o pensamento do sujeito, por meio do conteúdo expresso no texto, em concepção transparente de linguagem. “Na AC o texto é um meio de expressão do sujeito, onde o analista busca a categorização das unidades do texto (palavras ou frases) que se repetem, inferindo uma expressão que as representem” (CAREGNATO; MUTTI, 2006, p. 682). Após a transcrição das entrevistas, foram visualizadas as falas, que em seguida, serão agrupadas em categorias de análise (método de análise por categorias temáticas).

Para Bardin (2011), o termo análise de conteúdo são técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

Bardin (2011) recomenda que a utilização da análise de conteúdo prevê três fases fundamentais: pré-análise que pode ser identificada como uma fase de organização, exploração do material onde são escolhidas as unidades de codificação, classificação e categorização e tratamento dos resultados - a inferência e a interpretação. Calcado nos resultados brutos, o pesquisador procurara torná-los significativos e válidos.

#### 4.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS



Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do CFP/UFCG situado à Rua Sergio Moreira de Figueiredo s/n/ - Casas Populares- Cajazeiras – PB sob o parecer 2.131.850, esta pesquisa seguiu as exigências éticas e científicas da Resolução 510/2016, assegurando aos participantes garantia da confidencialidade das informações, da privacidade dos participantes e da proteção de sua identidade, inclusive do uso de sua imagem e voz (BRASIL,2016).

Considerando, que os sujeitos devem ter a escolha de participar ou não da pesquisa, assim como a desistência a qualquer momento, tendo os participantes a consciência da sua participação e do intuito da pesquisa, através do TCLE (ANEXO) (BRASIL, 2016), que foi apresentado aos participantes, esclarecendo o objetivo da pesquisa, e a necessidade e importância de sua assinatura.

Segundo Van, (2001), risco é o reconhecimento da presença de uma chance do evento ocorrer, mas com ausência de intencionalidade. E de acordo com a resolução 510/16, é considerando que toda pesquisa envolvendo seres humanos envolva riscos. Desta forma, é reconhecido nesta pesquisa que a mesma traz riscos de constrangimento, estresse emocional, omissão de respostas relacionadas ao sentimento de intimidação pela entrevista.

Para garantir o anonimato dos entrevistados suas falas aparecem identificadas com – E– Entrevistado, seguido de uma numeração crescente para sua identificação nas discussões, além de assegurar proteção e confidencialidade das informações colhidas no trabalho. A pesquisa foi realizada com maior privacidade possível alcançada, assim como a tentativa de amenizar o desconforto causado pela mesma ao sujeito, colocando um discurso informal e curto afim de não invadir o particular do mesmo.

Os benefícios da pesquisa favorecem tanto os pesquisadores como os sujeitos, no qual os participantes da mesma terão um conhecimento a mais sobre o assunto, além do resultado alcançado da pesquisa. Para a sociedade esta pesquisa pode contribuir para desenvolvimento de alternativas efetivas para intervenção.

Os riscos para os participantes da pesquisa foram identificados e reconhecidos, assim como minimizados e aceitáveis em relação aos benefícios antecipado.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesse capítulo serão apresentados os resultados divididos em dois momentos. No primeiro: a análise quantitativa dos dados através de tabelas, acerca do perfil sociodemográfico dos participantes. No segundo momento, a análise qualitativa dos dados por meio da construção de categorias após a transcrição, organização e interpretação e leitura exaustiva do conteúdo decorrente das entrevistas.

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES

**Tabela 1-** Distribuição dos participantes conforme idade e estado civil.

Variável	Frequência	Porcentagem	Mínimo	Média + desvio Padrão	Máximo
<b>Idade</b>					
<b>26-33</b>	1	7,69%			
<b>34-41</b>	1	7,69%	26	41,5+10,27	57
<b>42-49</b>	4	30,77%			
<b>50-57</b>	7	53,85%			
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100%</b>			

Variável	Frequência	Porcentagem			
<b>Estado Civil</b>					
<b>Solteiro</b>	3	23,08%			
<b>Casado</b>	8	61,54%			
<b>União Estável</b>	2	15,38%			
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100%</b>			

**Fonte:** Pesquisa direta, 2017.

Os dados observados na tabela 1 evidenciam que a idade dos participantes foi entre 26 a 57 anos, a média de 41,5 anos ( $\pm 10,27$ ). A discrepância entre as médias registradas podem ser explicadas por diferenças no perfil regional dos agricultores e em virtude da data de realização dos estudos quando os jovens, ausenta-se do seu local de origem para trabalharem em outros estados em consequência do período de estiagem. O estudo de Brito, Gomide e Câmara (2009), mostra que parcela significativa dos indivíduos está na faixa etária de transição do adulto para o idoso, e que a parcela de indivíduos jovens é menor.

Em relação ao estado civil observa-se que 8 (61,54%) dos trabalhadores rurais são casados, 3 (23,08%) solteiros e 2 (15,38%) união estável. A predominância de indivíduos casados também é verificada em outro estudo, como o de Gregolis; Pinto; Peres (2012), que teve como objetivo avaliar a percepção de risco sobre uso de agrotóxicos por agricultores do Acre numa amostra de 42 trabalhadores, destes 20 casados, 13 em união estável, 8 solteiros e 1 divorciado.

**Tabela 2-** Distribuição dos participantes conforme escolaridade dos participantes.

Variável	Frequência	Porcentagem
<b>Escolaridade</b>		
<b>Analfabeto</b>	2	15,38%
<b>Básico Inc.</b>	3	23,08%
<b>Básico Comp.</b>	6	46,15%
<b>Fund. Comp.</b>	1	7,69%
<b>Ens. Médio</b>	1	7,69%
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100%</b>

**Fonte:** Pesquisa direta, 2017.

Em relação à escolaridade dos trabalhadores rurais, constatou-se que 6 (46,15%) tem o ensino básico completo, 3 (23,08%) o ensino básico incompleto, 2 (15,38%) não são alfabetizados, 1 (7,69%) o ensino fundamental completo e 1 (7,69%) o ensino médio completo. No estudo de Gregolis; Pinto; Peres (2012), 30 trabalhadores de 42, referiram possuir ensino fundamental incompleto e quatro referiram analfabetismo.

Os trabalhadores em geral, possuem baixa escolaridade e a empresas em muitos casos, atuam explorando a mão de obra com remuneração muito abaixo do praticado pelos demais setores da economia (CAPORAL; AZEVEDO, et al., 2011). Diante desse quadro, percebe-se a desvalorização desses “homens” que são primordiais na subsistência de todos.

É importante salientar que diversamente da situação urbana, a população residente no ambiente rural apresenta distintas características em relação à população urbana, tais como: baixa escolaridade e rendimento salarial, difícil acesso dos seus moradores aos serviços sociais, de saúde e comércio, assim como dos profissionais de saúde que atuam nessa área, tendo em vista as distâncias territoriais e a falta de transporte público ( MOREIRA , 2015)

**Tabela 3** - Distribuição dos participantes conforme procedência e tempo de trabalho.

Variável	Mínimo	Média ± desvio padrão	Máximo
<b>Tempo de trabalho</b>	19	33,5 ± 10,27	49
Total	13		
Variável	Frequência	Porcentagem	
<b>Procedência</b>			
<b>Sítio Almas</b>	2	15,38%	
<b>Divinópolis</b>	11	84,62%	
Total	<b>13</b>	<b>100%</b>	

**Fonte:** Pesquisa direta, 2017.

Em relação à tabela 3, os resultados comprovam que o tempo de trabalho dos trabalhadores rurais foi entre 19 a 49 anos, a média de 33,5 anos ( $\pm 10,27$ ), o estudo de Pessoa (2014) aponta uma média de tempo de trabalho do homem do campo, semelhante ao deste estudo, onde comprova a ideia de que a agricultura familiar é desenvolvida por homens

que encontram-se na faixa etária de transição entre o adulto e o idoso . Os homens com esse perfil praticam agricultura desde jovens, e permanecem praticando essa atividade ao longo de muitos anos e por isso os valores de tempo de trabalho são extensos, isso acaba prejudicando a qualidade de vida desses profissionais.

No que se refere à residência, 11 (84,62%) trabalhadores rurais informaram morar no distrito de Divinópolis e 2 (15,38%) no Sítio Almas. A representatividade de participantes do estudo do distrito de Divinópolis em comparação com o Sítio Almas pode ser explicada por residirem no local da realização do estudo.

## 5.2 DELINEANDO CATEGORIAS

Por meio de uma leitura construtiva e exaustiva da transcrição das entrevistas realizadas, foram extraídas 4 categorias sendo, a **Categoria 1:** Percepção sobre Autocuidado, **Categoria 2:** Riscos à Saúde do Trabalhador Rural, **Categoria 3:** Ações Preventivas para o Autocuidado.

### Categoria 1: Percepção sobre autocuidado

A presente categoria procurou verificar a percepção dos trabalhadores rurais acerca do autocuidado. Para 7 participantes, o autocuidado está relacionado a busca do médico e a realização de exames, conforme relatos a seguir:

*“Fazer exames, procurar o médico” (E2).*

*“Procurar o posto de saúde, fazer exames” (E6).*

*“Limpeza do corpo, higiene das coisas, de vez em quando ir ao médico e fazer exames para saber o que tem” (E9).*

*“Não fumar não beber e procurar o médico para saber se tem problema de saúde.” (E10).*

*“Ter cuidado com o alimento, não fazer extravagância e procurar o médico” (E11).*

*“Procurar o médico quando se sente doente e cuidado na alimentação e no trabalho” (E14).*

*“Sei, ter cuidado no seu corpo, procurar o médico. Para manter minha saúde faria qualquer coisa” (E15).*

A noção de estar saudável se relaciona com a qualidade de vida de uma maneira em geral, para qual existe uma impressão pessoal e envolve indicadores objetivos como a disposição para o trabalho, o uso de medicamentos, o acesso aos serviços de saúde e as relações pessoais (PESSOA; ALCHIERI, 2014).

Na realidade o autocuidado nasce com a promoção das atividades promovidas pelo cuidado pessoal estabelecido no dia a dia para regular o próprio funcionamento e desenvolvimento. E o déficit de autocuidado se relaciona ao comprometimento para realização do autocuidado. O ser humano é compreendido como bio-psico-sócio-espiritual, que precisa se adaptar ao meio ambiente para atingir seus objetivos e para tanto precisa se autocuidar. É necessário manter o equilíbrio entre o bom funcionamento do corpo e a ausência de doença, através da promoção de saúde (CRUZ, 2016).

O autocuidado para Galvão (2013) é analisado como um elemento incondicional da gestão das doenças crônicas e da preservação de uma condição cabível de funcionalidade. Permite à pessoa observar-se, reconhecer sintomas, determinar a agressividade da sintomatologia e escolher estratégias apropriadas para debelar esses sintomas, minimizando-os e maximizando a saúde. Assim, o autocuidado integra a capacidade de cuidar de si próprio, mas também o desempenho de atividades indispensáveis para alcançar, manter ou promover uma saúde ótima.

Um tema bastante discutido e analisado atualmente por pesquisadores, sociedade científica, bem como por gestores do SUS, é a promoção da saúde do homem ainda que de modo rudimentar. A proposta do PNAISH reconhece que os agravos ao sexo masculino constituem relevantes problemas de saúde pública. Assim, torna-se necessário promover ações que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais, políticos e econômicos. Espera-se que a implementação dessa política ajude a reduzir os índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis dos homens, aumentando, dessa forma, a expectativa de vida masculina (BRASIL, 2013).

Para Julião (2011), a saúde do homem não era prioritária entre as políticas públicas de saúde, mas com a precisão de uma maior atenção a população masculina, esta passou a ser uma das preferências do governo nos últimos anos, com o intuito de atingir todos os aspectos da saúde masculina nos seus ciclos vitais.

A construção do modelo hegemônico de masculinidade atrapalha a procura por serviços de saúde, ficando vinculada a visão curativa do processo saúde-doença e

desconhecendo as medidas de prevenção e promoção da saúde, disponíveis no âmbito da atenção básica (CAVALCANTI et al., 2014).

Para Gomes et al. (2011), a ESF sendo a principal porta de entrada dos serviços de saúde tem uma enorme deficiência de profissionais no acolhimento e entendimento do usuário homem, dificultando a essência deste serviço que é baseada numa cultura de que o homem é naturalmente forte. O acolhimento, na atenção básica é indispensável, neste momento que o homem avalia o atendimento prestado.

O ambiente feminizado, o número de profissionais na maioria das vezes feminino contribui para a evasão desses usuários no setor. Segundo Figueiredo (2005), isso corrobora para o distanciamento e constrangimento dos mesmos na UBS. Por esse motivo a PNAISH, que é regido pelos princípios de humanização e qualidade na assistência dos homens, considera alguns elementos básicos como aspectos de acesso ao público masculino. Dentre os princípios: Disponibilidade de insumos; equipamentos e materiais educativos; informações à população-alvo, aos familiares e a comunidade sobre a promoção, prevenção e tratamento dos agravos e das enfermidades dos homens e elaboração de análise dos indicadores que permita a gestão monitorar ações e serviços e avaliar seu impacto, redefinindo as estratégias ou atividades que se fizerem necessárias (BRASIL, 2009).

As práticas educativas devem ser difundidas para além do alcance da instituição, promovendo as transformações necessárias à construção da sensibilização dos participantes. Estes são importantes ferramentas na orientação à população através de grupos educativos, atividades de sala de espera e nas mobilizações comunitárias (MENDONÇA, et al 2010).

O enfermeiro é um dos profissionais mais envolvidos com a população usuária, pois, além da atenção individualizada nos momentos de acolhimento, de consultas e práticas assistenciais também participa das visitas domiciliares e nos grupos de educação em saúde. Portanto, também compete a este profissional, a participação na organização das ações pautada nas reais condições detectadas por ele e pela equipe da unidade de saúde.

Siqueira et al., (2014), no estudo realizado sobre percepção dos enfermeiros sobre a saúde do homem, relataram que os homens demandam serviços especializados e emergenciais em detrimento da atenção básica; inclusive mencionaram a ausência de grupos formados por homens nas unidades em contraste com alguns grupos de mulheres, isso explica que a maioria dos profissionais não esteja preparada para acolher homens e desconheça a PNAISH.

Outro ponto citado pelos participantes acerca do autocuidado, foi alimentar-se bem 4, conforme observa-se nas falas seguintes:

*“Tomar remédio e se alimentar”* (E1).

*“Ter cuidado com veneno, comer na hora certa”* (E4).

*“Se prevenir e se alimentar bem”* (E8).

*“Usar máscara, não comer comida salgada, usar água filtrada e lavar os alimentos”* (E13).

Para Xavier (2015) o autocuidado é a conduta do indivíduo para constituir e conservar a própria saúde, por meio do desenvolvimento de ações de promoções à saúde e prevenção de doenças para seu próprio benefício. Estas ações envolvem cuidados com a higiene, a alimentação, estilos de saúde, fatores ambientais e fatores socioeconômicos.

Conforme relatos dos trabalhadores rurais o autocuidado é alimentar-se bem, porém preciso atentar para o que afirma Maniglia (2009) que no Brasil, há pessoas que mesmo comendo estão com fome porque comem mal. A fome, a desnutrição e as doenças ocorrem muito no meio rural, historicamente desde os tempo da colônia e da escravidão. Paradoxalmente é no ambiente de onde vem o alimento que as pessoas passam fome ou come mal, sem uma alimentação adequada em quantidade e qualidade não há direito a vida.

O comportamento alimentar é complexo, incluindo determinantes externos e internos ao sujeito. O acesso aos alimentos, na sociedade moderna, predominantemente urbana, é determinado pela estrutura socioeconômica, a qual envolve principalmente as políticas econômica, social, agrícola e agrária. Assim sendo, as práticas alimentares, estabelecidas pela condição de classe social, engendram determinantes culturais e psicossociais (GARCIA, 2003).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é ambiente privilegiado para ações de incentivo e apoio a hábitos de vida saudáveis, relacionados à prática regular de atividade física e à alimentação (BRASIL, 2009). O acesso à alimentação é um direito humano que se constituiu no próprio direito à vida, e a alimentação e a nutrição permitem alcançar o potencial de crescimento e de desenvolvimento humano com qualidade de vida e cidadania, conforme destaca a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) (BRASIL, 2012b).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), a qual também traz a importância do trabalho interdisciplinar e intersetorial, são fundamentais na elevação da qualidade de vida da população (ASSIS, 2002). É necessário que o trabalho seja feito em conjunto com a comunidade, que esta também possa participar ativamente dos processos de construção, com



seus saberes, suas tradições e seus hábitos, favorecendo a sustentabilidade das ações (PIMENTEL, 2013).

#### Categoria 2: Riscos à Saúde do Trabalhador Rural

A presente categoria teve como objetivo identificar o conhecimento do trabalhador rural sobre os riscos à sua saúde. Após análise dos discursos dos participantes 13 afirmaram que os riscos a saúde no âmbito rural são os acidentes com instrumentos de trabalho, animais peçonhentos, uso de agrotóxicos, exposição solar aos raios ultravioleta, e a exposição a altas temperaturas.

*“Cortes, bactérias, queda, veneno e mordida de cobras” (E1).*

*“Corte, não andar descalço, envenenamento, mordida de cobra e sol” (E2).*

*“Dor de cabeça se levar sol, se cortar, se envenenar e cobras” (E3).*

*“Inseto venenoso como cobra, lacraia e se envenenar ” (E6).*

*“Mexer com veneno, se cortar com ferramentas, ser mordido por cobras que têm muitas” (E8).*

*“Trabalhar com ferro é perigoso, além disso, o sol quente, sofrer estrepadas, ser mordido por cobras ” (E10).*

*“Acidentes por cobras, com ferro que trabalha, o sol que provoca câncer de pele e veneno ” (E11).*

*“Câncer de pele, cortes, estrepada no toco, se intoxicar, mordida de cobra” (E13).*

A saúde dos trabalhadores é condicionada a fatores sociais, raciais e de gênero, econômicos, tecnológicos e organizacionais relacionados ao perfil de produção e consumo, além de fatores de risco de natureza física, química, biológica, mecânica e ergonômica presentes nos processos de trabalho particulares (CERESTE CAMPO GRANDE, 2017).

Para realizar as tarefas do dia-a-dia, é utilizado um grande arsenal de ferramentas e máquinas. A utilização incorreta desses instrumentos poderá acarretar acidentes, comprometimento a saúde do empregado e a suas atividades (CERVI, 2015).

Para Luongo (2012), os riscos físicos são diversas formas que possam estar expostos os trabalhadores tais como: poeiras, fumos, neblinas, névoas, entre outros; riscos químicos são compostos ou produtos que possam penetrar no organismo do trabalhador pelas vias

respiratórias ou absorvido pelo organismo através da pele ou ingestão tais como os agrotóxicos; biológico as bactérias, vírus, fungos, parasitas, entre outros; mecânico qualquer fator que possa colocar o trabalhador em situação vulnerável e afetar sua integridade tais como: máquinas e equipamentos sem proteção, entre outros; ergonômico qualquer fator que possa interferir nas características psicofisiológicas dos trabalhador como: postura inadequada, ritmo excessivo de trabalho, entre outros.

Além de realizar grande esforço físico devido à tecnologia restrita, o pequeno agricultor, ainda está submetido a inúmeros acidentes de trabalho, aos efeitos nocivos dos raios de sol, às temperaturas extremas e ao risco de ser atacado por animais peçonhentos, entre outros. Devido a estas características do trabalho na agricultura familiar, é possível perceber que este público está submetido a condições de trabalho muitas vezes insalubres e críticas em termos ergonômicos. Estas condições são dependentes da variedade e quantidade de produtos cultivados, pois acaba sendo necessária a dedicação do produtor quase em tempo integral para a realização do trabalho, isso acaba sobrecarregando o trabalhador (NUNES, 2016).

O melanoma maligno, também conhecido como melanoma cutâneo, origina-se dos melanócitos (células produtoras de melanina, substância que determina a cor da pele), afetando principalmente a população adulta jovem e de pele clara. Pelo fato de um de seus fatores de risco, a exposição solar, ser um fator mutável, essa patologia tem chamado atenção de médicos e provedores de saúde, no sentido de prevenir e diagnosticar precocemente essa doença em populações de alto risco (GUIMARÃES et al., 2008).

O Instituto Nacional de Câncer (INCA), em seu relatório de 2012, apresenta que o câncer de pele é o mais incidente na população brasileira, sendo estimado somente para aquele ano a ocorrência de 134 mil novos casos. O órgão afirmou, ainda, que as estatísticas existentes são insuficientes para se levantar dados precisos relacionando o câncer de pele, principal doença característica da exposição solar, ao ambiente ocupacional (INCA, 2012).

Sobre acidentes por animais peçonhentos, estudo de Bredt (2012) mostra que é problema e saúde pública no Brasil. São registradas 358 espécies de serpentes, dos quais 46 (12,8%) são consideradas peçonhentas. Deste elenco, apenas a família Viperidae (jararaca, cascavéis e surucucu) e Elapidae (corais verdadeiras) congregam as espécies que chamamos “peçonhentas”, sendo portanto as espécies de importância clínica. A administração de soro antiofídico, antilaquético, anticrotálico e suas combinações

devem ser realizadas o mais precoce possível, e as doses são indicadas de acordo com a gravidade do caso.

Para Bredt (2012), as informações sobre as ocorrências de acidentes pro animais peçonhentos são importantes à medida que são capazes de dar subsídios à produção e distribuição dos diferentes tipos de soro, programas de prevenção de casos, diminuição da gravidade dos casos, diminuição do número de óbito, treinamento dos profissionais da saúde para o melhor atendimento desses pacientes.

Estudos têm demonstrado que em se tratando de desumanidades das quais os trabalhadores rurais são submetidos, é evidente que as incessantes jornadas de trabalho e ritmo acelerado de produção, somadas ao calor, ruído, frio, riscos de acidentes com foices, facões e animais peçonhentos, intoxicação por agrotóxicos, agravam ainda mais a situação deste trabalhador. Comparando-se o número de acidentes de trabalho ocorridos no Brasil com o de países desenvolvidos, verifica-se que a frequência de acidentes do trabalho aqui é, aproximadamente, 10 vezes maior (BRASIL, 2013).

Segundo o estudo de Geer et al. (2004) os agrotóxicos são substâncias que possuem como principal finalidade a proteção dos produtos agrícolas contra a ação de seres vivos nocivos, com alguns tipos de insetos. Por serem amplamente utilizados na agricultura, apresentam significativo potencial de exposição, dos trabalhadores rurais que possuem como rotina de trabalho o manuseio desses produtos. Não se pode esquecer o papel do trabalhador agrícola e dos impactos do manuseio de agrotóxicos em sua saúde. É necessário gerar condições seguras e adequadas de trabalho, nas quais torna-se a adoção de medidas de prevenção e proteção à saúde dos trabalhadores que misturam, carregam e aplicam agrotóxicos.

Em relação aos riscos ocupacionais existem muitas publicações sobre a percepção dos agricultores e o uso de agrotóxicos; os demais riscos não são explorados da mesma forma. Gregolis; Pinto; Peres (2012) verificaram que os trabalhadores estudados estavam cientes de que manipular agrotóxicos acarretava riscos, mas parcela significativa da amostra ignorava os riscos e não usava EPI.

Ainda com relação aos riscos à saúde do trabalhador rural, os participantes referenciaram: choque, água poluída, problema de coluna, gripe, bronquite e outras infecções, comprovados pelos discursos a seguir:

*“Levar um corte, rede de energia, sol quente e mexer com água suja” (E4).*

*“Irrigação é arriscado por ter energia terceiro: risco com água pois, pode ser poluída” (E5.)*

*“Infarto, pegar uma pneumonia, gripe, ” (E6).*

*“O sol quente, ter gripe ” (E10).*

*“Problema de doença como: gripe, infecção’ (E14).*

*“Sol quente, câncer de pele, bronquite quando se tira carvão” (E15)*

Examinando o efeito de vários tipos de poeiras agrícolas, foi evidenciado aumento dos sintomas de doença respiratória crônica, com tendência linear, associado à exposição intensa a penas de aves, palha, poeira de esterco, cinzas e fumaça. A exposição à palha de milho mostrou também uma associação linear, com a prevalência de sintomas de asma (FARIA et al., 2006).

Segundo Cervi (2015) o Boletim Estatístico da Previdência Social demonstra que, no mês de junho de 2013, foram aposentadas por invalidez, na área rural, 38 pessoas; concedidos auxílio doença 909 pessoas e 22 benefício por auxílio acidente.

Em se tratando de trabalhador rural, a condição acima mencionada se afronta, além dos fatores já descritos, a distância dos centros de saúde e a falta de conhecimento de seus direitos fazem com que sua qualidade de vida seja inadequada. Também, encontram-se expostos a adquirir/desenvolver doenças decorrentes de seu trabalho, através da exposição excessiva e em horário impróprio ao sol, agrotóxicos, e animais peçonhentos, poeiras, dentre outros. Logo, se faz necessário que medidas preventivas sejam utilizadas para que se evite o adoecimento, como por exemplo, utilizando-se de filtro solar, chapéu, máscara ou substituto, ingestão correta de água e outros líquidos e outros.

### Categoria 3: Ações preventivas para o autocuidado

Esta categoria teve como objetivo averiguar as ações preventivas realizadas pelo trabalhador rural para a manutenção do autocuidado. Para todos os participantes a ação preventiva para manutenção do autocuidado é a utilização de EPIs, embora grande parte não os utilizam, conforme discursos a seguir:

*“Ir pra roça de bota , botar máscara para proterizar e tirar carvão, botar chapéu para se prevenir do sol, usar calças e camisa de manga comprida, mas a gente esquece de fazer isso ” (E2).*

*“Quando a gente for proverizar devemos usar um pano no nariz, usar chapéu por causa da quentura, usar bota de borracha e camisa de manga comprida mas, quase não faço isso” (E4).*

*“Se prevenindo usando roupas adequadas, quando for trabalhar com veneno quando for usar ferramentas e se alimentar bem esse último é que estou fazendo pelo menos” (E8).*

*“Fazer exames, usar chapéu por causa do sol, andar bem calçado, usar luvas, dormir cedo e acordar cedo isso eu faço, o que eu falei antes só de vez em quando” (E9).*

*“Andar bem calçado, tomar cuidado para não se cortar e usar boné. Não uso chapéu, sou muito descuidado” (E10).*

*“Mesmo não seguindo, sei que é importante: usar máscaras, luvas, botas, calça comprida, camisa, chapéu para se proteger do sol e ainda se alimentar com pouco sal, evitar gorduras e massa muito menos” (E11).*

*“Usar botas, mas, é difícil eu vestir roupas de mangas compridas só quando vou brocar. O cabra da roça não liga nada mesmo” (E13).*

Segundo Benevenuti (2014), o EPI de acordo com a Lei Federal no 3214/78, com última alteração pela portaria no 292 de 2011, “ (...) todo dispositivo ou produto, de uso individual utilizado pelo trabalhador destinado à proteção de riscos suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho”. Sabendo que o setor da construção civil é um ambiente onde há muita facilidade de ocorrer acidentes.

Em anexo, a norma apresenta lista de agrupamentos de proteção individual, tendo como exemplos: EPI para cabeça: capacete, capuz; para os olhos: óculos, protetor facial; para proteção respiratória: purificador de ar; proteção para os membros superiores: luvas, creme, protetor; para membros inferiores: calçado, meia; corpo inteiro: macacão, conjunto (LUONGO, 2012).

Magagnin (2014) afirma que segurança no trabalho agrícola é regulamentada pela NR 31, estabelece os preceitos observados na organização e no ambiente de trabalho, de forma a tornar compatível o planejamento e o desenvolvimento das atividades da agricultura, pecuária, silvicultura, exploração florestal e aquicultura com a segurança e saúde e meio ambiente do trabalho.

De acordo com Cervi (2015), a atividade agrícola expõe o trabalhador a diversos riscos de acidentes. Tais riscos representam possibilidade concreta de perda ou diminuição da saúde em consequência da má utilização dos equipamentos e ou da falta de treinamento para o

seu correto manuseio, e também pelas condições do ambiente onde é desenvolvida a atividade.

Os trabalhadores não utilizam ou utilizam pouco os EPIs de tal modo, o significado das rotinas não deve ser subestimado, sendo imprescindível para a segurança, porque proporciona uma base estruturadora para a continuidade da vida, por meio de contextos diferentes de ação. Esse dado pode ser relacionado ao fato dos participantes se sentirem "seguros" perante suas rotinas de trabalho, o que pode justificar o uso incorreto dos EPIs (VIERO, 2016).

Possuir EPIs e não usá-lo perfeitamente e no tempo certo, sem respeitar fatores climáticos, população próxima e preparo correto dos produtos, expõe o agricultor, a população vizinha, consumidor final e o meio ambiente as contaminações e intoxicações que esses produtos oferecem (BENEVENUTTI, 2014).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os relatos dos trabalhadores rurais participantes desta pesquisa revelaram que a percepção sobre autocuidado, é procurar o médico, realizar exames e se alimentar bem, apresentando limitado conhecimento do que é autocuidado. Os riscos à saúde do trabalhador rural, informaram que são os acidentes com instrumentos de trabalho, animais peçonhentos, uso de agrotóxicos e a exposição solar, e que têm consciência dos riscos. No que diz respeito sobre as ações preventivas para o autocuidado, afirmaram que os EPIs é a forma de prevenção apesar de não utilizarem.

Estes resultados indicam que são muitos os desafios quanto à necessidade de assistência integral à saúde do trabalhador rural, como: a sensibilização masculina na busca do autocuidado preventivo onde a informação é importante no que se refere à busca dos direitos à saúde, como também a capacitação dos profissionais para atuação da PNSH.

É preciso urgentemente a efetivação das diretrizes contidas na PNSH, com ênfase na vigilância, visando à promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos. O governo federal deve cumprir o compromisso político da PNSIPCF garantindo o direito e o acesso à saúde por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), considerando seus princípios fundamentais de equidade, universalidade e integralidade.

Espera-se que os resultados desta pesquisa, subsidiem a análise e avaliações das intervenções contribuindo para o planejamento de ações recomendadas pela PNSH. Que novos estudos sejam realizados e que a discussão seja estendida principalmente com os profissionais de saúde, com intuito de aprimorar o atendimento, que o trabalhador rural adquira conhecimento sobre o autocuidado para melhoria da qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S. S., NASCIMENTO, P. C. B. D., QUAIIOTI, T. C. B. Quantidade e qualidade de produtos alimentícios anunciados na televisão brasileira. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.36, n.3, jun.. 2002. Disponível em: < <http://www.scielo.br> > Acesso em: 3 fev.2003.

ASSIS, A.M.O, et al. O Programa Saúde da Família: contribuições para uma reflexão sobre a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar. **Rev Nutrição**. 15(3):255-66. 2002.

AGUIAR, Z.N. **SUS: Sistema Único de Saúde- antecedentes, percursor, perspectivas e desafios**, São Paulo: Martinari. 2011.

AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA), **Site oficial**. Disponível em: <http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=4704>. Acesso em 04/02/2017.

BARDIN, L . **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BATISTA , J.V; SAMPAIO, O.B; DA SILVA, F,F. A influência de fatores climáticos e ambientais sobre a saúde de trabalhadores florestais. **Rev. em Agronegócios e Meio Amb.**, v.7, n.2, p. 359-390, mai./ago. 2014 - ISSN 1981-9951

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.152 p. Disponível em : [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_alimentar\\_populacao\\_b](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_b). Acesso em: 14 jul. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde do Homem. **Guia de Saúde do Homem para Agente Comunitário de Saúde (ACS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério do Trabalho e Emprego. 2013. Disponível em: <<http://www.portal.mte.gov.br/geral/publicacoes/>>. Acesso em: 13 maio 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Fortalecimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH): compromisso versus ação na atenção básica**, Brasília, Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução nº 510, de 16 de abril de 2016. Brasília (DF). 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_homem.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf)>. Acesso em: 26 Abr. 2017.



\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. 1. ed.; 1. reimp. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\_nacional\_saude\_populacoes\_campo>. Acesso em: 26 jul. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação que produz saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia Alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 236p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde (Documento para discussão)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. LEI Nº 8.080, 20 de setembro de 1990. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, set. 1990a.

\_\_\_\_\_. LEI Nº 8.142, 28 de dezembro de 1990. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, set. 1990b.

BENEVENUTTI D. N. C. ;V. BENEVENUTTI D. V. O uso de equipamentos de proteção individual na aplicação de agrotóxicos na lavoura de arroz irrigado no município de Garuva. **IBEAS – Instituto Brasileiro de Estudos Ambientais**. Belo Horizonte- MG, 2014. Disponível em: [http://www.ibeas.org.br/congresso/trabalho2014/VII\\_029.pdf](http://www.ibeas.org.br/congresso/trabalho2014/VII_029.pdf). Acesso em: 25 jul. 2017.

BRETT, C.S; LITCHTENKER, K. Avaliação Clínica e Epidemiológica dos acidentes com animais peçonhentos atendidos no Hospital Universitário do Oeste do Paraná 2008-2012. **Rev. Med. Res.**, Curitiba, v.16, n.1, p. 11-17, jan./mar. 2014. Disponível em: <http://www.crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/revista-do-medico-residente>. Acesso em: 17 jul.2017.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso *versus* análise de conteúdo. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Educação. Rio Grande do Sul. **Texto Cont. Enferm.**, Florianópolis, v. 15(4). p. 679-684, 2006.

CARGNIN, M. C. S. ; MIO, G. A. ; GERMANI, A. R. M. Qualidade de vida de trabalhadores rurais do município de Taquaruçu do sul – RS. **Rev. Enfer. Frederico Westphalen** v. 6-7 n. 6-7 p. 171 - 190 2010-2011.

CAMPANUCCI, F.S; LANZA, I M B. A atenção primária e a saúde do homem. **Anais do II simpósio Gênero e Políticas Públicas**, ISSN 2177-8248. Universidade Estadual de Londrina, 18 e19 de agosto de 2011.

CAPORAL, F. R.; AZEVEDO, E. O. et al. **Princípios e perspectivas da agroecologia**. [s.l.]: Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná, 2011. p. 167-169.

CAVALCANTI. D.R. J; FERREIRA. A. J; et. al. Assistência Integral a Saúde do Homem: necessidades, obstáculos e estratégias de enfrentamento. Escola Anna Nery ; **Rev. de Enferm.** 18(4) Out-Dez 2014.

COSTA. S.D.C. **Saúde do homem: atuação do Enfermeiro**. 2014. 79f

CERESTE REGIONAL, CAMPO GRANDE- MS. **Boletim Informativo da Saúde do Trabalhador Rural**. Riscos á saúde do trabalhador rural. ano 3, n. 1. Janeiro/ Fevereiro; 2017. Disponível em: <http://www.campogrande.ms.gov.br/cereste/wp-content/uploads/sites/43/2017/05>. Acesso em: 26 jul. 2017.

CERVI, M.L. **Os acidentes do trabalho e as doenças ocupacionais no meio ambiente rural e seus impactos judiciais trabalhistas**. 2015. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande Do Sul; 2015.

COSTA. S.D.C. **Saúde do homem: atuação do Enfermeiro**. 2014. 79f. Trabalho de Conclusão de Curso. Faculdade Católica Salesiana, Espírito Santo; 2014.

COSTA, E.S. **Saúde e segurança no trabalho a céu aberto: efeitos da exposição à radiação solar, ausência de regulamentação e práticas preventivistas**. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Nove de Julho – UNINOVE, São Paulo; 2013.

DIAS, E.C. **Condições de vida, trabalho, saúde e doenças dos trabalhadores rurais no Brasil**. Saúde do Trabalhador Rural - RENAST, 2006. Disponível em: <[http://www.medicina.ufmg.br/dmps/2006/saude\\_trabalhador\\_rural.pdf](http://www.medicina.ufmg.br/dmps/2006/saude_trabalhador_rural.pdf)> Acesso em: 31 maio 2017.

EUCLYDES, M. P. **Crescimento e desenvolvimento do lactente**. Nutrição do lactente. 2. ed. Viçosa, 2000. cap.1, p.1 – 80a.

EUCLYDES, M. P. **Alimentação Complementar**. Nutrição do lactente. 2. ed. Viçosa, 2000. cap.6, p.401 – 457b.

FARIA, N. M; FACCHINI, L. A; FASSA A. G; TOMASI, E. Trabalho rural e intoxicações por agrotóxicos. **Cad. de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, set./out. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000500024&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500024&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 27 abr. 2017.

FARIA, N. M. X et al. Trabalhador rural, exposição a poeiras e sintomas respiratórios entre agricultores. **Rev. de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 5, p. 827-836, out. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102006000600012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000600012)> Acesso em: 5 jul. 2017.

FERRARI, D. B. **A exploração do trabalhador no setor sucroalcooleiro**. 2012. Disponível em: <<http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php>. Acesso em: 20 jun. 2017.

FERRAZ, L. et al. As demandas do homem rural: informações para a assistência nos serviços de saúde da atenção básica. **Rev. Min. de Enfer.**, v. 17, n. 2, p. 349-355, abr./jun. 2013. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/654>> Acesso em: 20 jun. 2017.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciênc. & Saúde Coletiva**, 10 (1):105-109, 2005.

GALVÃO, M.T.R. O Autocuidado em Enfermagem: Autogestão, Automonitorização e Gestão Sintomática como Conceitos Relacionados. **Rev. Min Enferm.** 2013, pp. 225-230. Disponível em: [www.esscvp.eu/wordpress/wp-content/.../06/O-Autocuidado-em-Enfermagem.pdf](http://www.esscvp.eu/wordpress/wp-content/.../06/O-Autocuidado-em-Enfermagem.pdf)>. Acesso em 20 jun.2017.

GARCIA, R. W. D, Reflexos da Globalização na Cultura Alimentar: considerações sobre as mudanças na alimentação urbana. **Rev. de Nutrição**, v.16, n.4, p. 483-492, 2003.

GEER, L.A.; DELLARCO, M.J; LEIGHTON, T.J.; ZENDZIAN, R.P.; ROBERTS, J.D.; BUCKLEY, T.J. **Comparative analysis of passive dosimetry and biomonitoring for assessing chlorpyrifos exposure in pesticide workers**. Ann Occup Hyg 2004;

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GUIMARÃES, J. L. M.; ROSA, D. D. **Rotinas em Oncologia**. Porto Alegre: Artmed, 2008, p.424-428.

GOMES, R; REBELLO, S. F. E. L. et al. A atenção básica à saúde do homem sob a ótica do usuário: um estudo qualitativo em três serviços do Rio de Janeiro. **Ciênc. & Saúde Colet.**, 16(11): 4513-4521, 2011.

JULIÃO, G.G. Atenção à Saúde do Homem em Unidades de Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Enferm.** 2011, pp. 144-152. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/download/2400/1743>>. Acesso em 20 abr.2017.

HAYASHIDE, J.M; MINNICELLI R. S; OLIVEIRA O. A. C; SUMITA, J. M; . . MSUZUKI, M. N; ZAMBIANCO, C.A; FRAMIL, V. M. S; MORRONE, L. Doenças de pele entre trabalhadores rurais expostos a radiação solar. Estudo integrado entre as áreas de Medicina do trabalho e Dermatologia. **Rev. Bras. de Med. do Trab.** São Paulo, v. 8, n. 2, p. 97-104, 2010. Disponível em: <[http://www.anamt.org.br/site/upload\\_arquivos/revista\\_brasileira\\_volume\\_8\\_n%C2%B0\\_2\\_-\\_dez\\_2010\\_12122013101628533424.pdf](http://www.anamt.org.br/site/upload_arquivos/revista_brasileira_volume_8_n%C2%B0_2_-_dez_2010_12122013101628533424.pdf)>. Acesso em: 20 abr. 2017.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Anuário estatístico do Brasil**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2013.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Anuário estatístico do Brasil**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2012.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Anuário estatístico do Brasil**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2016.

KÖCHE, J. C. **Fundamentos de metodologia científica: teoria da ciência e iniciação a pesquisa**/ José Carlos Köche. 29. ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

LEAL, A.F; FIGUEIREDO, W, S; SILVA, G. S. N. O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online]. 2012, vol.17, n.10, pp.2607-2616. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001000010> pdf>. Acesso em: 20 abr. 2017.

LUONGO, J; FREITAS, G ,F. **Enfermagem do Trabalho**. São Paulo: Rideel, 2012.

MAGAGNIN, M.M.P. **Uso de EPI/EPC no setor agrícola da região sul, visando segurança e qualidade de vida do trabalhador**. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso:Universidade do Sul de Santa Catarina; 2014.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARQUES, M.A.P. **Saúde e Bem-estar Social**. Editora FIOCRUZ– RJ;2002. Disponível em: < <books.scielo.org/id/sfwjtj/pdf/andrade-9788575413869-45.pdf>>Acesso em : maio 2017.

MENDES, R. T; VILARTA, R; GUTIERREZ, G. L. Qualidade de Vida e Cultura Alimentar.1ª ed. **IPES**. Campinas, 2009. Disponível em: [www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?down=000443558](http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?down=000443558). Acesso em 17 ag.2017.

MENDONÇA, S. V; ANDRADE, N. A. et al. A Política Nacional de Saúde do Homem: necessidade ou ilusão? **Psic. Política**. vol. 10. n 20. 215-226. jul. - dez. 2010.

MINAYO, G.C; THEDIM-COSTA, S.M.F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cad. Saúde Pública**.13 Suppl2:S21-32), 1997.

MOREIRA, J. P. L; OLIVEIRA, B. L. C. A; MUZI, C. D; CUNHA, C. L. F; BRITO, A. S; LUIZ, R. R. A saúde dos trabalhadores da atividade rural no Brasil. **Cad. Saúde Pública** vol.31 no.8 Rio de Janeiro Aug. 2015 Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2015000801698](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000801698) >. Acesso em: 24 maio. 2017.

NUNES, D.M.P. A experiência de trabalho e dos riscos entre os trabalhadores-migrantes nordestinos nos canaviais paulistas. **Saúde Soc**. v.25 p.1122-1135. São Paulo; 2016. Disponível em: < [www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n4/1984-0470-sausoc-25-04-01122.pdf](http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n4/1984-0470-sausoc-25-04-01122.pdf)>. Acesso em 24 abr. 2017.

OREM, D.E. **Nursing: concepts of practice**. 4th ed. St Louis (USA): Mosby Year Book Inc.; 1991.

OREM, D. E. **Nursing: concepts of practice**. St Louis (USA): Mosby Year Book Inc.; 1985

PESSOA, Y. S. R. Q.; ALCHIERI, J. C. Qualidade de vida em agricultores orgânicos familiares no interior paraibano. **Psic.Ciência e Profissão**, Brasília, v. 34, n. 2, p. 330-343, abr./jun. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932014000200006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932014000200006&script=sci_arttext)> Acesso em: 23 jun. 2017.

PIMENTEL, V. R. M.; SOUSA, M. F.; RICARD, L. M.; HAMANN, E. M. **Alimentação e nutrição no contexto da atenção básica e da promoção da saúde: a importância de um diálogo**. Demetra; 8(3); 487-498. 2013.

QUANDT XAVIER, S; CEOLIN, T; ECHEVARRÍA-GUANILO, M, E; DA COSTA MENDIETA, M. da et al. Concepção de saúde e autocuidado pela população masculina de uma Unidade Básica de Saúde. **Rev. Eletrôn. Trimestral de Enferm.**, Rio Grande do Sul, v. 40, 2015. Disponível em: <https://editora.unoesc.edu.br/index.php/apeusmo/article/download/13008/6940>. Acesso em: 28 maio.2017

SIDANI, S. Self care. In: Doran D. Nursing Outcomes: the state of science. 2ª ed. USA: **Jones & Bartlett Publishers**. p.131-200, 2011.

SILVEIRA, C.A.; ROBAZZI, M.L.C.; CMARZIALE, M.H.P.; DALRI, M.C.B. Acidente de trabalho entre trabalhadores rurais e da agropecuária identificados através de registros hospitalares. **Ciênc. Cuidado Saúde**. 2005;4(2):120-8. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5221>>. Acesso em: 24 maio. 2017.

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

SIQUEIRA, E. L. et al. Atenção à saúde do homem: trabalhando a percepção do profissional enfermeiro na estratégia de saúde da família. **Sanare**, Sobral, v. 13, n. 1, p, 48-55, jan./jun. 2014. Disponível em: <<http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/432>> Acesso em: 17 jun. 2017.

VAN NESS, P. **The concept of risk in biomedical research involving human subjects**. v. 15, n°. 4, p. 364-70, Ago. 2001.

VIERO, C,M; CAMPONOGARA ,S; CEZAR-VAZ,M.R; DA COSTA , V.Z;BECK, C.L.C. Sociedade de risco: o uso dos agrotóxicos e implicações na saúde do trabalhador rural. **Esc Anna Nery**. Rio Grande do Sul, p. 99-105, 2016.Disponível em : <[www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0099.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0099.pdf)>. Acesso em: 26 jul.2017.

**APÊNDICES**

## APÊNDICE A – ENTREVISTA

## Instrumento de Coleta de Dados

**1) Caracterização sociodemográfica da amostra:**

1.1 Idade: \_\_\_\_\_

1.2 Sexos: Masculino ( ) Feminino ( )

1.3 Estado civil:

( ) Casado(a) ( ) União estável ( ) Solteiro(a) ( ) Viúvo(a)

( ) Divorciado(a) ( ) Outro: \_\_\_\_\_

1.4 Escolaridade \_\_\_\_\_

1.5 Procedência \_\_\_\_\_

Tempo de trabalho: \_\_\_\_\_

**2) Conhecimento do trabalhador rural acerca do autocuidado**

2.1 O Sr. sabe o que é ter cuidado para manter a saúde?

2.2 O Sr. sabe quais os riscos a saúde referente à sua profissão?

2.3 O Sr. sabe quais foram os exames preventivos realizados durante o período de 1 a 2 anos?

2.4 Quais as ações preventivas realizadas para a promoção do autocuidado?

2.5 Quais os motivos que os leva a procurar a ESF?



## APÊNDICE B – TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

### APÊNDICE B- TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
ESCOLA TÉCNICA DE SAÚDE DE CAJAZEIRAS

#### TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE (Pesquisador Responsável)

Eu, Dra. **MARILENA MARIA DE SOUZA**, Professora da Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras (ETSC), responsabilizo-me pela orientação de Jucilene Francisca de Souza Lacerda, discente do Curso de Graduação em ENFERMAGEM, no desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado “**SAÚDE DO HOMEM: conhecimento dos trabalhadores rurais acerca do autocuidado**”.

Declaro estar ciente e comprometo-me em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previstos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me, também, pelo zelo com o projeto de pesquisa no sentido de manutenção da privacidade e sigilo das informações, resguardo da segurança e bem-estar dos participantes nela recrutados, pelos resultados obtidos e posterior divulgação no meio acadêmico e científico, pela comunicação ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG/CFP sobre qualquer alteração no projeto e/ou ocorrência de eventos adversos que impliquem no cancelamento da pesquisa, bem como pelo arquivamento durante 5 (cinco) anos, após o término da pesquisa, de uma das vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado por cada participante recrutado durante a execução da mesma.

Cajazeiras – PB, 31 de maio de 2017.

A handwritten signature in blue ink, reading 'Marilena Maria de Souza', is written over a horizontal line.

Profa. Dra. Marilena Maria de Souza

Mat.336334



APÊNDICE C – TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO  
PESQUISADOR PARTICIPANTE

APÊNDICE C – TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO  
PESQUISADOR PARTICIPANTE



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM

TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO PESQUISADOR  
PARTICIPANTE

Eu, Jucilene Francisca de Souza Lacerda, aluna do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, campus Cajazeiras, responsabilizo-me, junto com minha orientadora Prof. Dra. Marilena Maria de Souza, a desenvolver o projeto de pesquisa intitulado “SAÚDE DO HOMEM: conhecimento dos trabalhadores rurais acerca do autocuidado”. Comprometo-me ainda em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previstos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me também pelo zelo com o projeto de pesquisa, pelo fiel cumprimento das orientações sugeridas pela minha orientadora nas atividades de pesquisa e, junto com ela, pelos resultados obtidos e posterior divulgação no meio acadêmico e/ou científico.

Cajazeiras, 31 de maio de 2017.

A handwritten signature in blue ink, reading 'Jucilene Francisca de Souza Lacerda', is written over a horizontal line.

Jucilene Francisca de Souza Lacerda

Mat. 212220021

**ANEXOS**

## ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Saudações, meu nome é Jucilene Francisca de Souza Lacerda, eu sou acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cajazeiras, e o Sr. está sendo convidado, como voluntário a participar da pesquisa intitulada “**SAÚDE DO HOMEM: conhecimento dos trabalhadores rurais acerca do autocuidado**”.

**JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS:** O motivo que nos leva a estudar a saúde do homem é com intuito de saber se o trabalhador rural tem conhecimento acerca do autocuidado. A pesquisa se justifica, pois introduzir o homem na atenção primária à saúde é um desafio as políticas públicas por não reconhecerem a importância da promoção da saúde e de prevenção de doenças. O objetivo dessa pesquisa é verificar o conhecimento do trabalhador rural acerca do autocuidado cadastrados em uma unidade básica de saúde. O procedimento de coleta de dados será realizado da seguinte forma: explicar a pesquisa a entrevistada, perguntar se ela aceita participar como voluntária da pesquisa, pedir para ele assinar as duas vias desse termo e depois usar um roteiro com questões abertas e fechadas para a entrevista. Não será necessário que o Sr. se desloque de sua residência para qualquer outro lugar, a fim de fornecer dados ou informações para essa pesquisa, as entrevistas serão agendadas de acordo com a disponibilidade do profissional e demandas do serviço. Portanto, a sua participação nessa pesquisa não lhe acarretará qualquer ônus, nem prejuízo financeiro.

**DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS:** Poderá existir um desconforto mínimo e ou constrangimento para o Sr. que se submeter a responder algumas perguntas de caráter pessoal durante a entrevista. Contudo, não haverá riscos que agridam sua constituição física e mental. Esse possível desconforto se justifica pelos benefícios que essa pesquisa trará, uma vez que os relatos dos trabalhadores rurais sobre o conhecimento acerca do autocuidado, será útil para as políticas públicas e subsidiar o planejamento de ações à saúde de uma parcela importante da população economicamente ativa do Brasil .

**FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSINTÊNCIA:** A participação da Sr. nessa pesquisa não implica necessidade de acompanhamento e/ou assistência posterior, tendo em vista que será realizada uma entrevista com roteiro contendo perguntas abertas e fechadas, onde responderá verbalmente e anotadas no roteiro de entrevista, com risco mínimo

de desconforto ou constrangimento, ao responder questões de cunho pessoal. Essa entrevista não será gravada.

**GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO:** O Sr. será esclarecido sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar, é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou prejuízo de prestação de serviços aqui no estabelecimento. Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa permanecerão confidenciais podendo ser utilizados apenas para a execução dessa pesquisa. Sua identificação não será citada nominalmente ou por qualquer outro meio, que o aponte individualmente, em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. O Sr. ficará com uma via rubricada e assinada deste consentimento informado, assinada pelo pesquisador e pela Sr. na última folha e rubricado nas demais, e a outra ficará sob a responsabilidade do pesquisador responsável.

**CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS:** Existe um risco mínimo de ocorrer constrangimento por parte do participante que irá ser entrevistada. Assim, não se prevê que a sua participação no estudo lhe acarrete custos e, por isso, não será necessária nenhuma compensação financeira adicional. Não é previsível dano decorrente dessa pesquisa o Sr. e caso haja algum dano não haverá nenhum tipo de indenização prevista.

Todavia, caso esse risco mínimo lhe acarrete algum prejuízo financeiro ou psicológico ou qualquer outra dimensão humana, nos responsabilizamos pela compensação financeira adicional e por acompanhamento profissional específico.

**DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE OU RESPONSÁVEL PELO PARTICIPANTE:**

Eu, \_\_\_\_\_, fui informado dos objetivo da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci todas minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e desistir de participar da pesquisa se assim o desejar. A pesquisadora

\_\_\_\_\_ certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais, no que se refere a minha identificação individualizada deverão ser tornados públicos através de algum meio. Ele compromete-se, também, seguir os padrões éticos definidos na Resolução CNS 466/12.

Também sei que em caso de dúvidas poderei contatar a estudante

\_\_\_\_\_ ou o (a) professor (a) orientador (a)\_\_\_\_\_.

Além disso, em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos estudo, a senhora poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande, situado na Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, Sn Bairro Casas Populares, Cajazeiras Paraíba, CEP: 58.900-000 ou através do Telefone: (83) 3532-2075. Funciona de segunda a sexta-feira, no horário comercial (manhã 07:30 às 11:30; tarde 13:30 às 17:00).

**Dados para contato com o responsável pela pesquisa**

**Nome: Marilena Maria de Souza**

**Instituição: ETSC/CFP/UFCG**

**Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, S/N, Casas Populares, Cajazeiras - PB**

**Telefone: (83) 93245807**

**Email: marilenacarolino@uol.com.br**

**LOCAL E DATA**

\_\_\_\_\_  
Assinatura ou impressão datiloscópica  
do voluntário ou responsável legal

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do responsável pelo  
estudo

## ANEXO B – TERMO DE ANUÊNCIA



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAJAZEIRAS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PROGRAMA REDE ESCOLA

## TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que a pesquisa intitulada “SAÚDE DO **HOMEM**: conhecimento dos trabalhadores rurais acerca do autocuidado” a ser desenvolvida pela pesquisadora Jucilene Francisca de Souza Lacerda, sob a orientação da Professora Dra. Marilena Maria de Souza está autorizada a ser desenvolvido por este serviço.

Outrossim, informamos que para ter acesso a qualquer serviço da Rede Municipal de Saúde de Cajazeiras, fica condicionada a apresentação da Certidão de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciado junto a Comissão de Ética em Pesquisa- CONEP, ao serviço que receberá a pesquisa.

Sem mais,

Atenciosamente,

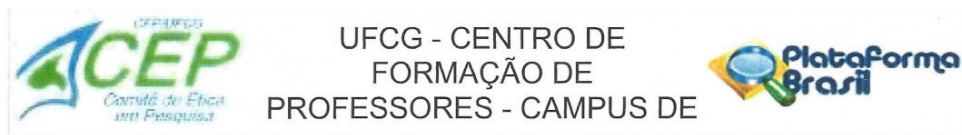
Cajazeiras, 31 de maio de 2017

Renata Emanuela de Queiroz Rêgo

Departamento de Educação em Saúde  
Departamento de Educação em Saúde



## ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** SAÚDE DO HOMEM: conhecimento do trabalhador rural acerca do autocuidado

**Pesquisador:** Marilena Maria de Souza

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 69369617.8.0000.5575

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.131.850

**Apresentação do Projeto:**

SAÚDE DO HOMEM: conhecimento do trabalhador rural acerca do autocuidado Trata-se de um estudo exploratório descritivo, de abordagem quanti-qualitativa, que será realizado na Unidade Básica de Saúde do Distrito de Divinópolis- Cajazeiras- PB. A população do estudo será constituída pelos trabalhadores rurais do Distrito de Divinópolis e sítios adjacentes (Almas, Serrote Branco, Escurinho, Zé Dias) que são cadastrados na Unidade de Saúde do Distrito de Divinópolis. A amostra será constituída por trabalhadores rurais que concordarem em participar do estudo e que atendam aos critérios de inclusão.

**Objetivo da Pesquisa:**

Verificar o conhecimento dos trabalhadores rurais acerca do autocuidado cadastrados em uma unidade básica de saúde

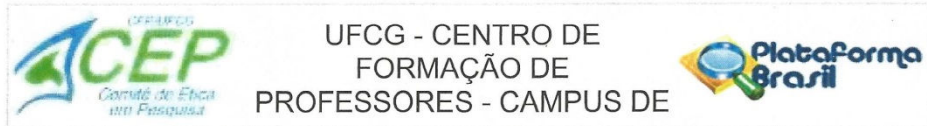
Descrever a percepção sobre autocuidado; • Identificar os riscos a saúde referentes à profissão; • Investigar quais exames preventivos são

realizados periodicamente;• Averiguar as possíveis ações preventivas realizadas para a promoção do autocuidado;• Identificar os motivos de procurar a ESF.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: Pode ser um possível constrangimento, estresse emocional, e intimidação pelo processo de entrevista.

**Endereço:** Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n  
**Bairro:** Casas Populares **CEP:** 58.900-000  
**UF:** PB **Município:** CAJAZEIRAS  
**Telefone:** (83)3532-2075 **E-mail:** cep@cfp.ufcg.edu.br



Continuação do Parecer: 2.131.850

**Benefícios:** Visualizar como está o conhecimento dos trabalhadores rurais acerca do autocuidado se estão preparados para manter a sua saúde, prevenir a doença, que será útil para as políticas públicas e subsidiar o planejamento de ações à saúde de uma parcela importante da população economicamente ativa do Brasil.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa importante para a construção de saber sobre a saúde e modos de vida do trabalhador rural, e como tal fonte de diretrizes e políticas de saúde coletiva que possam levar a intervenção dos sujeitos sociais com o conhecimento de sua realidade e condição de vida.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O Termo de Livre Consentimento e Esclarecimento existe, apresentando os objetivos, riscos e benefícios da pesquisa. O termo de anuência da secretaria de saúde foi apresentado. A folha de rosto foi apresentada com as assinaturas necessárias assim como os termos de compromisso e responsabilidade do professor pesquisador e do discente participante.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem Pendências ou inadequações.

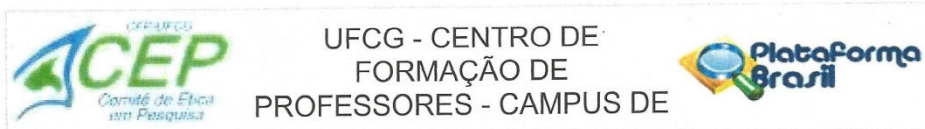
**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_935172.pdf	07/06/2017 08:58:58		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetodepesquisajucliene.docx	02/06/2017 09:28:36	Marilena Maria de Souza	Aceito
Outros	Termodeanuencia.jpg	02/06/2017 09:13:13	Marilena Maria de Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	02/06/2017 09:11:17	Marilena Maria de Souza	Aceito
Outros	Formulariosemiestrurado.pdf	02/06/2017 08:55:21	Marilena Maria de Souza	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termoderesponsabilidadeparticipante.jpg	02/06/2017 08:46:49	Marilena Maria de Souza	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termoderesponsabilidadedopesquisadorresponsavel.jpg	02/06/2017 08:45:48	Marilena Maria de Souza	Aceito

**Endereço:** Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n  
**Bairro:** Casas Populares **CEP:** 58.900-000  
**UF:** PB **Município:** CAJAZEIRAS  
**Telefone:** (83)3532-2075 **E-mail:** cep@cfp.ufcg.edu.br





Continuação do Parecer: 2.131.850

Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	02/06/2017 08:44:45	Marilena Maria de Souza	Aceito
----------------	------------------	------------------------	----------------------------	--------

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CAJAZEIRAS, 22 de Junho de 2017

---

**Assinado por:**  
**Paulo Roberto de Medeiros**  
(Coordenador)

**Endereço:** Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n  
**Bairro:** Casas Populares **CEP:** 58.900-000  
**UF:** PB **Município:** CAJAZEIRAS  
**Telefone:** (83)3532-2075 **E-mail:** cep@cfp.ufcg.edu.br