

# *Saúde do Trabalhador do Pantanal de Aquidauana, MS, Brasil: Diagnóstico e Propostas de Intervenção*

Liliana A. M. Guimarães  
Ednéia A. N. Cerchiari  
(Organizadoras)

# Saúde do Trabalhador do Pantanal de Aquidauana, MS, Brasil: Diagnóstico e Propostas de Intervenção





Chanceler: Pe. Gildásio Mendes dos Santos

Reitor: Pe. Ricardo Carlos

Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação: Prof. Cristiano Carvalho

Pró-Reitor Administrativo: Ir. Herivelton Breitenbach

Conselho Editorial:

Josemar de Campos Maciel (Presidente)

Arlinda Cantero Dorsa

Mami Yano

Marco Hiroshi Naka

Maria Cristina Lima Paniago Lopes

Marta Brostolin

Olivier Vilpoux

---

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

(Biblioteca da Universidade Católica Dom Bosco – UCDB,

Campo Grande, MS, Brasil)

---

S255      Saúde do trabalhador do pantanal de Aquidauana, MS, Brasil : diagnóstico e propostas de intervenção / Liliana A. M. Guimarães; Ednéia A. N. Cerchiari (Organizadoras) /.- Campo Grande, MS : Ed. UCDB, 2018.  
323 p. il.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-85-7598-197-9

1. Saúde do trabalhador - Aquidauana (MS). 2. Trabalho - Aspectos psicológicos. 3. Saúde mental. Guimarães, Liliana Andolpho Magalhães. II. Cerchiari, Ednéia Albino Nunes. III. Título.

---

Clélia Takie Nakahata Bezerra

Bibliotecária - CRB n. 1/757

*Saúde do Trabalhador do Pantanal  
de Aquidauana, MS, Brasil:  
Diagnóstico e Propostas  
de Intervenção*

Liliana A. M. Guimarães  
Ednéia A. N. Cerchiari  
(Organizadoras)



Campo Grande, MS, 2018

© 2018 Liliana A. M. Guimarães e Ednéia A. N. Cerchiari

Impresso no Brasil

*Printed in Brazil*

É proibida a reprodução total ou parcial desta publicação, para qualquer finalidade, sem autorização por escrito das organizadoras.

O conteúdo publicado é de inteira responsabilidade dos autores e não representa o posicionamento da Editora UCDB.

Feito depósito legal na Fundação Biblioteca Nacional (Decreto n. 10.994, de 14/12/2004).

A Editora UCDB é Membro da Associação Brasileira das Editoras Universitárias (ABEU).

A Editora UCDB é cadastrada no Sistema ISBN sob o n. 7598.

Editora UCDB:

Coordenação de editoração e projeto gráfico: *Ereni dos Santos Benvenuti*

Editoração eletrônica: *Ereni dos Santos Benvenuti*

Revisão de texto: *Maria Helena Silva Cruz*

Capa: Criação: *Rosy Ozório*. Fotos: *Ednéia A. N. Cerchiari*

(Fotos da falsa folha de rosto e folha de rosto: Ednéia A. N. Cerchiari)

Av. Tamandaré, 6000 - Cx. P. 100 - Jardim Seminário

CEP 79117-900 - Campo Grande, MS -

Tel.: (67) 3312-3373 - e-mail: [editora@ucdb.br](mailto:editora@ucdb.br)

[www.ucdb.br/editora](http://www.ucdb.br/editora)

Esta obra foi publicada com financiamento da Fundação de Apoio ao Desenvolvimento do Ensino, Ciência e da Tecnologia do Estado de Mato Grosso do Sul através da Chamada FUNDECT/DECIT-MS/CNPq/SES Nº 03/2016 – PPSUS-MS, Seleção Pública de Projetos de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde (SUS).



Fundação de Apoio ao Desenvolvimento do Ensino,  
Ciência e Tecnologia do Estado de Mato Grosso do Sul

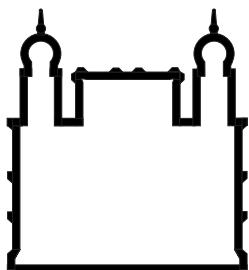
MATO GROSSO DO SUL  
**GOVERNADOR**  
Reinaldo Azambuja

SECRETARIA DE ESTADO DE TURISMO,  
EMPREENDEDORISMO E INOVAÇÃO  
**SECRETÁRIO DE ESTADO**  
Athayde Nery de Freitas Junior

FUNDAÇÃO DE APOIO AO DESENVOLVIMENTO DO  
ENSINO, CIÊNCIA E DA TECNOLOGIA DE MATO GROSSO  
DO SUL  
**DIRETOR-PRESIDENTE**  
Márcio de Araújo Pereira

*Apóios*

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU  
EM ENSINO EM SAÚDE, MESTRADO PROFISSIONAL  
(PPGES-UEMS)**



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**

**Fundação Oswaldo Cruz**

Fiocruz Mato Grosso do Sul



*Conselho Nacional de Desenvolvimento  
Científico e Tecnológico*

# *Organizadoras*

## **Liliana Andolpho Magalhães Guimarães**

Psicóloga; Pós-doutora em Medicina do estresse pelo Instituto Karolinska, Estocolmo, Suécia; Doutora em Saúde Mental pela Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP; Mestre em Psicologia da Saúde; Especialista em Psicologia e Administração Hospitalar; Docente Permanente do Programa de Mestrado e Doutorado da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), MS, Brasil; Pesquisadora sênior, docente e coordenadora do curso de Psicologia da Saúde Ocupacional e docente do curso sobre Transtornos Mentais relacionados ao trabalho junto ao SAMPO, HC/IPq/HCF-MUSP; Coordenadora do Laboratório de estudos e pesquisas em Saúde Mental e Qualidade de Vida do Trabalhador (UCDB/CNPq); Vice-coordenadora do Grupo de Trabalho em Psicossociologia do Trabalho Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia (ANPEPP). E-mail: lguimaraes@mpc.com.br

## **Ednéia Albino Nunes Cerchiari**

Psicóloga (Licenciatura e Bacharelado - FUCMT, Campo Grande, MS); Pós-doutora em Psicologia (UCDB/MS); Doutora em Ciências Médicas - Área: Saúde Mental (FCM/UNICAMP/SP); Mestre em Psicopatologia e Psicologia Clínica (ISPA/Lisboa, Portugal); Especialista em Psicologia Clínica e Psicanálise (CESULON, Londrina, PR); Psicanalista (SPMS/Sociedade Psicanalítica de Mato Grosso do Sul); Docente Permanente do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ensino em Saúde, Mestrado Profissional (UEMS); Membro do grupo de pesquisa Laboratório de Saúde Mental e Qualidade de Vida do Trabalhador (UCDB/CNPq). E-mail: edcer@terra.com.br

## *Colaboradores*

**Alessandra Laudelino Neto:** Psicóloga; Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB); Psicóloga Clínica e em Saúde Ocupacional; Membro do grupo de pesquisa Laboratório de Saúde Mental e Qualidade de Vida do Trabalhador (UCDB/CNPq).

**Angelita dos Santos Garcia:** Psicóloga (UCDB); Pós-graduada em Educação Especial (UNIC); Especializada em Gestão de Pessoas (FAVENI/FUTURA); Servidora Pública em Aquidauana desde 2008, desenvolvendo Atividades no Centro de Reabilitação na MAC, atualmente no Núcleo de Vigilância em Saúde no Serviço de Saúde do Trabalhador.

**Barbara Mayumi Ferri:** Discente do 4º ano de Medicina da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS), Bolsista PIBEX.

**Clery Antonia Arcas Topal Paes Leme:** Fisioterapeuta (Universidade do Estado de São Paulo - UNESP, anteriormente IMESPP); Pós-graduada em Saúde da Família pela FIOCRUZ (UFMS); Atualização em Gestão no Trabalho e Educação em Saúde pela UFRN; Coordenadora do Núcleo de Planejamento em Saúde do município de Aquidauana, MS.

**Débora Dupas Gonçalves do Nascimento:** Fisioterapeuta; Doutora em Ciências (USP); Mestre em Enfermagem (USP); Especialista em Saúde Coletiva (UFSCar); Experiência em Atenção Básica e docência em cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde; Pesquisadora em Saúde Pública e Coordenadora da área de Educação da Fiocruz do Mato Grosso do Sul. Membro do colegiado gestor do Curso de Especialização

em Saúde da Família – Fiocruz Mato Grosso do Sul/UFMS/UNA-SUS; Docente dos Programas de Pós-graduação Stricto Sensu em Saúde da Família (UFMS) e em Saúde da Família em rede nacional da Fiocruz.

**Eduardo Espindola Fontoura Júnior:** Enfermeiro; Doutor em Psicologia (Universidade Católica Dom Bosco - UCDB), Campo Grande, MS, Brasil; Mestre em Ciências da Saúde (Universidade de Brasília - UnB); Especialista em Saúde do Trabalhador (Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz); Docente da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS), Dourados, MS, Brasil; Membro do grupo de pesquisa Laboratório de Saúde Mental e Qualidade de Vida do Trabalhador (UCDB/CNPq).

**Elaine Cristina Vaz Vaez Gomes:** Assistente Social (Universidade Católica Dom Bosco - UCDB); Doutoranda em Psicologia (UCDB); Mestre em Psicologia da Saúde pela UCDB; Docente da UCDB nos cursos de Serviço Social, presencial e à distância; Assistente Social da Prefeitura Municipal de Campo Grande, MS; Membro do Laboratório de Saúde Mental e Qualidade de Vida do Trabalhador (UCDB/CNPq).

**Erika Kaneta Ferri:** Graduação em Enfermagem, Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Doutorado em Educação pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Professora Adjunta da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Curso de Medicina da UEMS.

**Fátima Alice Aguiar Quadros:** Enfermeira (UFMT); Doutorado em Ciências da Saúde (UNICAMP); Mestrado em Educação (UCDB); Especialista em Enfermagem Intensivista e Socorrista (UNIABC); Professora Adjunta na Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS), Curso de Medicina; Grupos de pesquisa: GEPES/NPS/UEMS, Saúde mental, sono e qualidade de vida/UEMS, Estudos e pesquisas em saúde e trabalho/UNICAMP.

**Flaviany Aparecida Piccoli Fontoura:** Enfermeira; Doutora e Mestre em Psicologia pela Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), Campo Grande, MS; Docente da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS).

**Franciony Bergman França:** Enfermeiro; Pós-Graduação em Urgência e Emergência (GESAU); Enfermeiro Socorrista (Secretaria de Saúde – SAMU); Coordenador do CAPSII/Saúde Mental/Secretaria de Saúde de Aquidauana, MS.

**Helen Paola Vieira Bueno:** Psicóloga; Doutora e Mestre em Psicologia pela Universidade Católica Dom Bosco (UCDB); Docente de Psicologia na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campus de Aquidauana (UFMS/CPAQ); Membro do Laboratório de Saúde Mental e Qualidade de Vida do Trabalhador (UCDB/CNPq).

**João Massuda Junior:** Bacharel em Administração (UFMS); Doutorando em Psicologia na UCDB; Mestre em Administração (UFMS); Especialista em Administração da Informação como Inteligência Competitiva (UNIDERP) e Docência para a Educação Profissional e Científica (IFMS); Professor de Administração no Instituto Federal de Mato Grosso do Sul, Campus Campo Grande; Membro do Laboratório de Saúde Mental e Qualidade de Vida do Trabalhador (UCDB/CNPq).

**Laura Cristina Peixoto Valério da Silva:** Enfermeira (Anhanguera Educacional Campo Grande, MS); Coordenadora do Programa Municipal de Combate ao Tabagismo, município Aquidauana, MS.

**Luciane Pinho de Almeida:** Assistente Social; Doutora e Mestre em Serviço Social; Docente do Programa de pós-graduação em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB); Pró-reitora de Extensão da UCDB.

**Luciane Ravaglia Cuandú:** Psicóloga (Licenciatura e Bacharelado - UFMS); Graduanda em Pedagogia; Pós-graduanda em Educação Especial e Inclusiva; Servidora Pública em exercício (Prefeitura Municipal de Aquidauana, Secretaria Municipal de Saúde e Saneamento, atuando como Psicóloga do Centro de Referência Especializada (CRAES DST AIDS); Psicóloga Escolar do Projeto AJA na Escola Estadual Professora Marly Russo Rodrigues – Aquidauana; Psicóloga Clínica.

**Márcia Regina Martins Alvarenga:** Enfermeira (Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia Don Domenico); Pós-Doutora em Ciências da Saúde (Enfermagem; Escola de Enfermagem da USP); Doutora em Enfermagem (Escola de Enfermagem da USP); Mestre em Enfermagem (Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP); e Professora Associada do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS); Docente Permanente do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ensino em Saúde, Mestrado Profissional (UEMS); Docente Permanente da PG Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS).

**Márcia Regina Teixeira Minari:** Psicóloga (Universidade Católica Dom Bosco/UCDB); Doutora em Psicologia (UCDB); Mestre em Psicologia (UCDB); Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental; Servidora Técnica da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS); Membro do Laboratório de Saúde Mental e Qualidade de Vida no Trabalho (UCDB/CNPq).

**Maria Aparecida Canale Balduino:** Bacharel em Administração (Universidade Católica dom Bosco - UCDB); Doutora em Educação (UCDB); Coordenadora do Curso de Administração da UCDB.

**Natália de Souza Ferreira:** Enfermeira (Universidade Católica Dom Bosco - UCDB); Pós-graduada em Unidade de Terapia Intensiva pela UNIDERP/Anhanguera; Pós-graduada em

Estratégia de Saúde da Família pela FIOCRUZ; Coordenadora Municipal do Programa de Hipertensão e Diabetes.

**Sílvia Helena Mendonça de Moraes:** Pedagoga (UFMS); Psicóloga (UCDB); Mestre em Saúde Pública (Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz); Especialista em Saúde Mental (Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz); Experiência em formação/qualificação de recursos humanos na área da saúde e docência na pós-graduação; Pesquisadora em Saúde Pública da Fiocruz de Mato Grosso do Sul.

**Sylvio Takayoshi Barbosa Tutyta:** Tecnólogo em Processos Gerenciais pela Faculdade de Tecnologia SENAI (FATEC SENAI); Mestrando em Psicologia da Saúde pela Universidade Católica Dom Bosco (UCDB); Acadêmico do Curso de Psicologia pela Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), Campo Grande, MS, Brasil.

**Vanusa Meneghel:** Psicóloga; Doutoranda em Psicologia da Saúde (UCDB); Mestre em Psicologia da Saúde pela Universidade Católica Dom Bosco (UCDB); Membro do Laboratório de Saúde Mental e Qualidade de Vida no Trabalho (UCDB/CNPq).

**Victória Meins Graeff:** Acadêmica do 5º ano do curso de Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), bolsista no Programa de Iniciação Científica PIBIC/CNPq; Membro do grupo de pesquisa Laboratório de Saúde Mental e Qualidade de Vida do Trabalhador (UCDB/CNPq).

## *Agradecemos*

Aos proprietários das fazendas que autorizaram a coleta de dados junto aos trabalhadores pantaneiros e aos Administradores pelo acompanhamento, disponibilidade, prontidão e colaboração, imprescindíveis para a execução dos Projetos de Pesquisas. Em especial, aos trabalhadores e trabalhadoras do Pantanal de Aquidauana/MS que aceitaram participar dos estudos aqui apresentados, doando seu tempo e suas vivências.

Ao Programa de Mestrado e Doutorado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB) pelo apoio e suporte no desenvolvimento do Projeto de Pesquisa denominado “Saúde Mental, Qualidade de Vida e Trabalho do Pantaneiro”, elaborado e coordenado pela Profa. Dra. Liliana A. M. Guimarães, por meio do Laboratório de Saúde Mental e Qualidade de Vida do trabalhador (UCDB/CNPq).

À Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS) e ao Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Ensino em Saúde, Mestrado Profissional (PPGES) pelo apoio e suporte ao desenvolvimento do Projeto de Pesquisa intitulado “Saúde mental e Trabalho-Família (*spillover*) do Pantaneiro”, Chamada FUNDECT/DECIT-MS/CNPq/SES N° 03/2016 – PPSUS-MS, Seleção Pública de Projetos de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde (SUS), Protocolo 230563.1136.1645.04042016 o qual subsidiou a publicação deste livro.

À Prefeitura do município de Aquidauana, especialmente à Secretaria de Saúde pela disponibilidade em fornecer-nos os dados referentes à comunidade estudada, tão necessários à validade das pesquisas realizadas, assim como na elaboração das propostas de intervenção.

À Fundação de Apoio ao Desenvolvimento do Ensino, Ciência e Tecnologia do Estado de Mato Grosso do Sul e ao Governo do Estado de Mato Grosso do Sul, pelo apoio financeiro na publicação deste livro, por meio da Chamada FUNDECT/DECIT-MS/CNPq/SES N° 03/2016 – PPSUS-MS, Seleção Pública de Projetos de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Aos autores e às autoras, por generosamente compartilharem os resultados dos seus estudos nessa coletânea.

A todos que, de alguma forma, colaboraram na realização das pesquisas e na elaboração das propostas de intervenção.

*Profa. Dra. Liliana Andolpho Magalhães Guimarães*

*Profa. Dra. Ednéia Albino Nunes Cerchiari*

Dedicamos este livro aos  
trabalhadores e trabalhadoras  
do Pantanal de Aquidauana que  
concordaram voluntariamente  
em participar das ações de  
pesquisa, sem os quais esta  
coletânea não seria passível de  
ser viabilizada.



# *Sumário*

Apresentação .....	21
Prefácio.....	27
<b>Parte I: Saúde do Trabalhador do Pantanal de Aquidauana, MS, Brasil: Diagnóstico .....</b>	<b>33</b>
Introdução.....	35
<i>Ednéia Albino Nunes Cerchiari</i>	
<i>Liliana Andolpho Magalhães Guimarães</i>	
Capítulo I: Contexto de Trabalho do Pantaneiro .....	41
<i>Liliana Andolpho Magalhães Guimarães</i>	
<i>Elaine Cristina Vaz Vaez Gomes</i>	
<i>João Massuda Junior</i>	
<i>Vanusa Meneghel</i>	
<i>Victória Meins Graeff</i>	
<i>Maria Aparecida Canale Balduino</i>	
Capítulo II: Saúde Mental do Trabalhador do Pantanal Sul- Mato-Grossense, Brasil.....	61
<i>Liliana Andolpho Magalhães Guimarães</i>	
<i>Ednéia Albino Nunes Cerchiari</i>	
<i>Vanusa Meneghel</i>	
<i>Márcia Regina Teixeira Minari</i>	
<i>João Massuda Junior</i>	
<i>Sylvio Takayoshi Barbosa Tutyta</i>	
Capítulo III: Saúde da Mulher Pantaneira: Um “Toque de Vida” para a Prevenção do Câncer de Mama.....	83
<i>Flaviany Aparecida Piccoli Fontoura</i>	
<i>Luciane Pinho de Almeida</i>	
<i>Eduardo Espindola Fontoura Júnior</i>	
<i>Liliana Andolpho Magalhães Guimarães</i>	

Capítulo IV: Suspeição de Câncer Prostático em Peões Pantaneiros de Aquidauana, Mato Grosso do Sul, Brasil .....	101
<i>Eduardo Espíndola Fontoura Junior</i>	
<i>Liliana Andolpho Magalhães Guimarães</i>	
Capítulo V: Qualidade de Vida e Saúde em Trabalhadores Pantaneiros da Região de Aquidauana, Mato Grosso do Sul, Brasil .....	129
<i>Vanusa Meneghel</i>	
<i>Liliana Andolpho Magalhães Guimarães</i>	
Capítulo VI: Fatores de Riscos Psicossociais em Professores de Escolas Pantaneiras .....	149
<i>Helen Paola Vieira Bueno</i>	
<i>Liliana Andolpho Magalhães Guimarães</i>	
<b>Parte II: Saúde do Trabalhador do Pantanal de Aquidauana, MS, Brasil: Propostas de Intervenção .....</b>	<b>175</b>
Capítulo VII: Saúde no Contexto Rural e/ou Áreas Remotas: Intervenções Possíveis .....	177
<i>Alessandra Laudelino Neto</i>	
<i>Liliana Andolpho Magalhães Guimarães</i>	
Capítulo VIII: Saúde Mental do Trabalhador Readaptado: Estudo de Caso de uma Professora de Escola Pantaneira .....	191
<i>Helen Paola Vieira Bueno</i>	
<i>Vanusa Meneghel</i>	
<i>Sylvio Takayoshi Barbosa Tutyta</i>	
<i>Liliana Andolpho Magalhães Guimarães</i>	
Capítulo IX: Formação Continuada para Professores de Escolas Pantaneiras de Aquidauana: Relato de Experiência ....	209
<i>Helen Paola Vieira Bueno</i>	
<i>Márcia Regina Teixeira Minari</i>	
<i>Vanusa Meneghel</i>	
<i>Elaine Cristina Vaz Vaez Gomes</i>	
<i>Sylvio Takayoshi Barbosa Tutyta</i>	

Capítulo X: Cuidados de Saúde para a Família dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Pantanal de Aquidauana, MS, Brasil .....	227
<i>Érika Kaneta Ferri</i>	
<i>Débora Dupas Gonçalves do Nascimento</i>	
<i>Eduardo Espíndola Fontoura Junior</i>	
<i>Ednéia Albino Nunes Cerchiari</i>	
<i>Barbara Mayumi Ferri</i>	
<i>Clery Antonia Arcas Topal Paes Leme</i>	
Capítulo XI: Intervenção nas Doenças Crônicas Não Transmissíveis em Trabalhadores e Trabalhadoras do Pantanal de Aquidauana, MS, Brasil.....	255
<i>Débora Dupas Gonçalves do Nascimento</i>	
<i>Ednéia Albino Nunes Cerchiari</i>	
<i>Eduardo Espíndola Fontoura Junior</i>	
<i>Fátima Alice Quadros</i>	
<i>Márcia Regina M. Alvarenga</i>	
<i>Érika Kaneta Ferri</i>	
<i>Flaviany Aparecida Piccoli Fontoura</i>	
<i>Laura Cristina Peixoto Valério da Silva</i>	
<i>Natália de Souza Ferreira</i>	
<i>Clery Antonia Arcas Topal Paes Leme</i>	
Capítulo XII: Proposta de Cuidados em Saúde Mental para a População do Pantanal de Aquidauana .....	297
<i>Sílvia Helena Mendonça de Moraes</i>	
<i>Ednéia Albino Nunes Cerchiari</i>	
<i>Alessandra Laudelino Neto</i>	
<i>Luciane Ravaglia Cuandú</i>	
<i>Franciony Bergman França</i>	
<i>Angelita dos Santos Garcia</i>	



# *Apresentação*

*“Ser homem do pantanal é trabalhar com qualidade, mostrar serviço e tratar bem os companheiros”*

(Trabalhador pantaneiro entrevistado)

A presente obra é uma coletânea e está elaborada em duas partes: na primeira, denominada de **Saúde do Trabalhador do Pantanal de Aquidauana: Diagnóstico**, o leitor encontrará os resultados das pesquisas empíricas realizadas junto ao trabalhador pantaneiro da região de Aquidauana subsidiárias para a elaboração da segunda parte, destinada às **Propostas de Intervenção** para essa população.

Portanto os capítulos que compõem a Parte I, Saúde do Trabalhador do Pantanal de Aquidauana: Diagnóstico, são oriundos do Projeto de Pesquisa “Guarda-chuva” intitulado **Saúde Mental, Qualidade de Vida e Trabalho do Pantaneiro**, coordenado pela Profa. Dra. Liliana A. M. Guimarães, Docente do Programa de Mestrado e Doutorado em Psicologia, com ênfase em Psicologia da Saúde da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), MS, Brasil.

Assim, as pesquisas “Saúde Física e Emocional do Pantaneiro”; “Fatores de Riscos Psicossociais, Transtornos Mentais Comuns e Estresse Ocupacional em Professores de Escolas Pantaneiras; “Saúde Mental e Trabalho/Família do Pantaneiro”; “Suspeição de Câncer Prostático em Peões Pantaneiros de Aquidauana, Mato Grosso do Sul, Brasil”; “Qualidade de Vida, Engajamento no Trabalho e Síndrome de *Burnout* do Pantaneiro do município de Aquidauana, MS” que compõem a Parte I, fazem parte desse Projeto “Guarda-chuva”.

**A Parte II, Saúde do Trabalhador do Pantanal de Aquidauana: Propostas de Intervenção**, foi elaborada pelos pesquisadores das Universidades: UEMS e UCDB, da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e por profissionais de várias áreas da saúde que atuam nos Serviços de Saúde da Prefeitura de Aquidauana, MS, Brasil.

No primeiro capítulo, “Contexto de Trabalho do Pantaneiro”, os autores Liliana Andolpho Magalhães Guimarães; Elaine Cristina Vaz Vaez Gomes; João Massuda Junior; Vanusa Meneghel, Victória Meins Graeff e Maria Aparecida Canale Balduino, com o objetivo de compreender a percepção do contexto de trabalho do trabalhador pantaneiro, realizam um estudo exploratório-descritivo, de corte transversal e abordagem mista (qualitativa) com 59 trabalhadores pantaneiros.

No segundo capítulo, “Saúde Mental do Trabalhador do Pantanal sul-mato-grossense, Brasil”, os autores Liliana Andolpho Magalhães Guimarães, Ednéia Albino Nunes Cerchiari, Vanusa Meneghel, Márcia Regina Teixeira Minari, João Massuda Junior e Sylvio Takayoshi Barbosa Tuty, fazem uma revisão de literatura a fim de reunir e sintetizar a produção científica existente sobre o tema “saúde mental em trabalhadores rurais” e, por meio de um estudo exploratório-descritivo, de corte transversal com uso do método quantitativo, com 59 trabalhadores pantaneiros de três fazendas da região de Aquidauana, investigam a Saúde Mental do trabalhador do Pantanal Sul-mato-grossense.

Os autores Flaviani Aparecida Piccoli Fontoura, Luciane Pinho de Almeida, Eduardo Espindola Fontoura Júnior e Liliana Andolpho Magalhães Guimarães, no terceiro capítulo, “Saúde da Mulher Pantaneira: um “toque de vida” para a prevenção do câncer de mama”, relatam a experiência de atividades educativas e assistenciais desenvolvidas com mulheres residentes na Fazenda Taboco, sobre a prevenção e detecção do câncer de mama.

O quarto capítulo versa sobre a “Suspeição de câncer prostático em peões pantaneiros de Aquidauana, Mato Grosso do Sul, Brasil”, estudo esse em que os autores Eduardo Espíndola Fontoura Junior e Liliana Andolpho Magalhães Guimarães descrevem os aspectos sociodemográficos, ocupacionais e de saúde do homem e verificam a existência de sintomas prostáticos em peões pantaneiros de seis fazendas do Pantanal Sul-mato-grossense (Pantanal de Aquidauana), com 65 participantes.

A temática “Qualidade de Vida e Saúde em trabalhadores pantaneiros da região de Aquidauana, MS, Brasil” é abordada, no quinto capítulo, pelas pesquisadoras Vanusa Meneghel e Liliana Andolpho Magalhães Guimarães, por meio de um estudo descritivo e analítico, de corte transversal, com uso do método quantitativo, em 11 fazendas, com a participação de 62 trabalhadores.

No sexto capítulo, “Fatores de Riscos Psicossociais em Professores de Escolas Pantaneiras”, as autoras Helen Paola Vieira Bueno e Liliana Andolpho Magalhães Guimarães, em uma amostra de 26 professores de escolas pantaneiras, buscam identificar quais os Fatores de Riscos Psicossociais (FRP) a que estão expostos esses professores.

O tema de estudo proposto pelas autoras Alessandra Laudelino Neto e Liliana Andolpho Magalhães Guimarães, no sétimo capítulo, versa sobre a “Saúde no contexto rural e/ou áreas remotas: intervenções possíveis”, iniciando a Parte II - Saúde do Trabalhador do Pantanal de Aquidauana: Propostas de Intervenção, com a finalidade de subsidiar o leitor de informações para a compreensão das propostas de intervenção elaboradas nos demais capítulos e, ainda, contribuir para o desenvolvimento de ações vinculadas à saúde física e mental da população pantaneira.

Em continuidade às Propostas de Intervenção, no oitavo capítulo, “Saúde Mental do Trabalhador Readaptado: estudo de caso de uma professora de escola pantaneira”, os autores

Helen Paola Vieira Bueno, Vanusa Meneghel, Sylvio Takayoshi Barbosa Tutyá e Liliana Andolpho Magalhães Guimarães realizam um estudo de caso com uma professora, buscando refletir sobre a readaptação profissional de professores das escolas pantaneiras.

Ainda sobre propostas de intervenção junto aos professores das escolas pantaneiras, os autores Helen Paola Vieira Bueno, Márcia Regina Teixeira Minari, Vanusa Meneghel, Elaine Cristina Vaz Vaez Gomes e Sylvio Takayoshi Barbosa Tutyá, no nono capítulo, “Formação Continuada para Professores de Escolas Pantaneiras de Aquidauana: Relato de Experiência”, discorrem sobre a capacitação/formação continuada dos professores de escolas pantaneiras realizada por docentes da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS/CPAQ) em parceria com a Gerência Municipal de Educação (GEMED), da cidade de Aquidauana, tendo como público-alvo os professores, equipe técnica, alunos do curso de Especialização em História da América e de licenciatura da UFMS/CPAQ e professores das redes públicas de ensino de Aquidauana, Anastácio, Miranda, Bodoquena, Dois Irmãos do Buriti e Piraputanga.

No capítulo dez, “Cuidados de Saúde para a Família do Trabalhador/a do Pantanal de Aquidauana”, os autores Erika Kaneta Ferri, Débora Dupas Gonçalves do Nascimento, Ednênia Albino Nunes Cerchiari, Márcia Regina Martins Alvarenga e Eduardo Espíndola Fontoura Junior propõem estratégias para intervenção na saúde geral do trabalhador pantaneiro, em particular para a implantação de equipes volantes no município de Aquidauana/MS, que atendam tais especificidades, amparadas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a atenção à população rural.

No décimo primeiro capítulo, “Intervenção nas Doenças Crônicas não Transmissíveis em Trabalhadores do Pantanal

de Aquidauana", os autores Débora Dupas Gonçalves do Nascimento, Ednéia Albino Nunes Cerchiari, Márcia Regina Martins Alvarenga, Eduardo Espíndola Fontoura Junior, Erika Kaneta Ferri, Flaviany Aparecida Piccoli Fontoura, Fátima Alice Aguiar Quadros, Clery Antonia Arcas Topal Paes Leme, Natália de Souza Ferreira e Laura Cristina Peixoto Valério da Silva, por intermédio de um estudo descritivo, analítico com base em dados secundários cedidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Aquidauana, buscam identificar a ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis no município de Aquidauana, MS, bem como as condições gerais de saúde das pessoas, indicadores e formas de intervenção que possam contribuir para a acessibilidade da população, em especial, da pantaneira na rede de atenção à saúde.

Por fim, os autores Sílvia Helena Mendonça de Moraes, Ednéia Albino Nunes Cerchiari, Alessandra Laudelino Neto, Luciane Pinho de Almeida, Franciony Bergman França e Angelita dos Santos Garcia, no décimo segundo capítulo, "Propostas de Cuidado em Saúde Mental para a População do Pantanal de Aquidauana", apresentam um breve panorama da relação da saúde mental com o trabalho no Brasil e em outros países, sobretudo na zona rural, e algumas propostas de cuidado à saúde mental da população pantaneira do município de Aquidauana.

Ensejamos ter cumprido o objetivo de demonstrar o valor científico, social e reflexivo de cada estudo que compõe essa coletânea, atribuindo aos autores a relevância e importância das pesquisas e das propostas de intervenção apresentadas, assim como o de aguçar a curiosidade do leitor na leitura desta obra única, uma vez que, até o presente, as temáticas: o homem pantaneiro; a mulher pantaneira e a família pantaneira e suas peculiaridades, muito pouco têm sido objeto de estudos dos pes-

quisadores e mais, com propostas de intervenção direcionadas a essa população, em parceria com o serviço público e os profissionais de saúde envolvidos com essa população.

*As organizadoras*

# Prefácio

*Na grande Enciclopédia Delta Larousse, vou buscar uma definição de pantaneiro. “Diz-se de, ou aquele que trabalha pouco, passando o tempo a conversar.” Passando o tempo a conversar pode ser que se ajuste a um lado da verdade; não sendo inteira verdade. Trabalha pouco, vírgula. Natureza do trabalho determina muito. Pois sendo a lida nossa de andar a cavalo, é sempre um destampo de boca. Sempre um desafiar. Um porfiar inerente. Como faz o bacurau. No conduzir de um gado, que é tarefa monótona, de horas inteiras, às vezes dias inteiros- é no uso de cantos e recontos que o pantaneiro encontra o seu ser. Na troca de prosa ou de montada, ele sonha por cima das cercas. É mesmo um trabalho na larga, onde o pantaneiro pode inventar, transcender, desorbitar pela imaginação. Porque a maneira de reduzir o isolado que somos dentro de nós mesmos, rodeados de distâncias e lembranças, botando enchimento nas palavras. É botando apelidos, contando lorotas. É, enfim, através das vadias palavras, ir alargando os nossos limites.* BARROS, Manoel de. (1999). Lides de Campear. In: *Gramática Expositiva do Chão (Poesia Quase Toda)* (p. 239). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira).

27

Escrever e organizar um livro exige um trabalho cuidadoso que envolve muitos detalhes, entre eles a escolha pelo prefaciador. Honra-me sobremaneira preficiar o livro: **Saúde do Trabalhador do Pantanal de Aquidauana:** Diagnóstico e Propostas de Intervenção, organizado pelas pesquisadoras Liliana Andolpho Magalhães Guimarães e Ednéia Albino Nunes Cerchiari, o qual versa sobre o contexto pantaneiro, sua gente, sua vida - seu trabalho e sua saúde.

Como pantaneira que sou e estudiosa da gente pantaneira, sinto-me duplamente contemplada e, de certa forma, aliviada pelo hercúleo desafio dessa proposta. Primeiro, pelo compromisso e competência dos professores/pesquisadores, autores desta obra, os quais oferecem o conforto de ver retratado em seus grandes eixos: “Diagnóstico e Propostas de Intervenção” a percepção dessa produção como profundamente vinculada a uma prática acadêmica do processo de construção coletiva do conhecimento. O contexto pantaneiro revaloriza-se como um laboratório, lugar de labor, interações produtivas na constituição de novos saberes. E, em segundo, pela presença da abertura de horizontes expressa na diversidade de contribuições, com marca de uma articulação pluridimensional, retratadas nesta obra e transpassadas pela interdisciplinaridade do saber, manifestada pela dialética do pensar e do fazer, da teoria e da prática.

28 Falar sobre o contexto da região pantaneira, principalmente sobre sua gente e sua atividade de trabalho como constituidora dos sujeitos pantaneiros, traz o compromisso de abordar as questões do regionalismo e da cultura. Na sociedade contemporânea, torna-se emergente o trato das questões relacionadas ao meio ambiente. Alguns trabalhos acerca da temática ambiental consideram a necessidade de uma visão interdisciplinar para a compreensão desse objeto. Entretanto a figura humana como motivo e motivadora desses estudos ambientais não tem sido personagem principal. A maioria dos estudos realizados sobre o pantanal sul-mato-grossense tem privilegiado como objeto de investigação a fauna e a flora da região. Estudos mais recentes acerca da região pantaneira evidenciam essencialmente a figura humana para a compreensão desse ecossistema, contudo esses trabalhos ainda são escassos. Os estudos acerca da mata, dos bichos, brejos, peixes, rios e aves dominaram a literatura durante muito tempo. O homem quando é lembrado traz a marca de vi-

lão. Mais raros ainda são os estudos que, além de centrar o foco no sujeito, articulam a relação homem, cultura e o caráter histórico da natureza, superando o seu aspecto “natural”. É dentro da perspectiva de valorização do particular, entrelaçado num todo maior, em que cada uma das particularidades tem a sua função peculiar, na constituição global, que se entende o universo cultural pantaneiro, colocando o homem como elemento essencial para a sobrevivência do ecossistema como tal.

Os estudos no campo da diversidade cultural não se limitam apenas à singularidade da regionalidade, mas pautam-se pela relação entre o particular e o universal. Conforme o indivíduo vai interagindo nos contextos sociais durante sua vida, ele vai internalizando os conteúdos que foram desenvolvidos na história e na cultura da sociedade. Nesse movimento, nas experiências vivenciadas no dia a dia, dá-se a apropriação do saber e do fazer da sociedade, determinantes do modo de ser, pensar e agir das pessoas. A cultura, considerada como processo que vai além das aparências, revela as causas reais dos fenômenos sociais e políticos, contemplando as determinações da economia e da sociedade. Compreender a gente pantaneira implica, portanto, apreender as formas de apropriação da cultura, evidenciando os mecanismos e a dinâmica presentes nesse modo de apropriação da cultura, por meio da educação em seu sentido mais amplo. Significa também considerar o Pantanal muito além de suas cores e aves: o pantanal que forja aqueles que lá vivem e que manifestam na sua singularidade a realização do universal, a expressão da organização da sociedade.

A forma como o homem organizou historicamente sua vida nessa região do Pantanal, localizado no estado de Mato Grosso do Sul, contém elementos e práticas cotidianas que poderiam ser encontradas em quaisquer outros espaços do globo terrestre. O mesmo acontecimento pode ocorrer também com as práticas e

hábitos que foram ali desenvolvidos em resposta às demandas produzidas pelas relações que esse mesmo homem estabeleceu com o meio físico e com os outros homens. Com isso, elementos singulares e universais se articulam na produção da vida em sociedade, em todos os espaços ocupados pelo homem. Estamos falando de um sujeito que, ao produzir sua existência, produz cultura e, por meio dela, se refaz permanentemente.

A vida do “pantaneiro” é produzida em consonância com os ciclos de trabalho e as grandes oscilações entre cheias e secas no Pantanal. A convivência com os parceiros de trabalho, as rodas de conversa, as travessias dos rios e o retorno para casa são exemplos de contextos que desencadeiam atividades específicas, como por exemplo, o preparo do arreio para montaria e do almoço para a comitiva.

Todas essas atividades são permeadas por diferentes formas de linguagem que medeiam a interação entre os sujeitos. Com isso, esse homem realimenta o uso de expressões típicas dos membros que compartilham a atividade, e traz consigo ade-reços e instrumentos que atendem às necessidades dos árduos enfrentamentos da “lida” diária. A rotina diária tem, como grandes marcos de referência, o amanhecer e o anoitecer, assim, a dinâmica das demandas cotidianas que esse território impõe se sobrepõem às horas do relógio. O café da manhã com “cara” de almoço e a “parada” para o tereré são atividades que possuem sentidos singulares para aqueles que compartilham das necessidades que antecedem a essas práticas. A cotidianidade é composta pelas atividades desenvolvidas pelo homem, nesse nosso caso, o sujeito que povoa o Pantanal.

O singular, como mencionado, é a forma como o universal se manifesta. Trata-se de dois aspectos indissociáveis que, se não forem levados em consideração, podem levar o pesquisador a resvalar para o regionalismo estreito. O singular refere-se à es-

cala adotada pelo pesquisador para abordar determinado fenômeno. Assim, para que se possa compreender a singularidade do homem que vive na região do Pantanal, é necessário compreender a organização da sociedade em que esse homem está inserido e na qual ele vivencia suas relações sociais.

O homem “pantaneiro” busca sobreviver por meio do trabalho, aprende, produz-se pantaneiro, organiza sua vida cotidiana agindo sobre as condições concretas e materiais de existência, proporcionadas pelo trabalho, pelas relações sociais e pelas condições ambientais e territoriais desse lugar. As especificidades do trabalho desenvolvido pelo “pantaneiro” permeiam a sua constituição subjetiva e, consequentemente, a qualidade de vida e saúde mental.

Dessa forma, pode-se pensar o sujeito e sua identidade dita regional como expressão da dialética individual x social. Reforço e ressalto o entendimento da cultura como possuidora de um caráter dinâmico e mutante, e que proporciona ao sujeito uma bagagem cultural própria, autoimagem e uma posição com respeito às outras pessoas com as quais ele se relaciona. A identidade manifestada como produto da relação do sujeito com seu meio, do seu agir, fazer e pensar, nos credita a afirmar que o sujeito pantaneiro se constitui pelo seu fazer dentro de sua cultura, pela sua atividade desenvolvida em tal contexto social e histórico.

Essa obra, ora prefaciada, vem ao encontro dessas reflexões acerca da gente pantaneira de um dos pantanais existentes – O pantanal de Aquidauana, e incorpora uma grande contribuição a essa temática ao trazer situações de diagnóstico e propostas de intervenção relacionados à Saúde do Trabalhador dessa região.

Recomenda-se com certeza essa obra a pesquisadores, professores e alunos da área de Psicologia, Educação, área de Saúde e Humanas em geral e a todos os interessados na região pantaneira. É resultado de um trabalho muito sério de pesquisa, fruto

da união de professores e alunos, que garantirá ao acervo bibliográfico e científico do estado de Mato Grosso do Sul um marco acerca da Saúde do Trabalhador pantaneiro - desenhado com originalidade e abalizado por seu caráter singular e universal. Merecedora de aplausos, a obra, seus organizadores e autores, certamente desencadearão novos estudos e investigações nessa direção, corroboration as palavras do nosso já citado poeta: “A maior riqueza do homem é sua incompletude” (Manoel de Barros).

*Profa. Dra. Sônia da Cunha Urt*

Professora Titular Aposentada da UFMS

Pesquisador Sênior da UFMS – PPGEdu/ PPGPsi  
Coordenadora do Grupo de Estudos e Pesquisa em  
Psicologia e Educação (GEPPE)

CV: <http://lattes.cnpq.br/5338193871900977>  
E-mail: sonia.urt@gmail.com / surt@terra.com.br

## Parte I

# *Saúde do Trabalhador do Pantanal de Aquidauana, MS, Brasil: Diagnóstico*



*“Ser pantaneiro é ser laçador e saber trabalhar”*

(Trabalhador pantaneiro entrevistado)

## *Introdução*

*Ednéia Albino Nunes Cerchiari  
Liliana Andolpho Magalhães Guimarães*

*Homem pantaneiro é um homem que conhece bem a região, preserva sempre a nossa raiz, tradição, tereré, carneada, gosta de trabalhar com o gado, domar cavalos, enchentes, mexer com traídas de couro.*  
(Trabalhador pantaneiro entrevistado)

Nesta coletânea utilizaremos a terminologia “pantaneiro” ao nos referirmos ao habitante tradicional da região do Pantanal (ecossistema Pantanal).

35

As populações tradicionais, entre elas os pantaneiros, foram reconhecidas pelo Decreto Presidencial n. 6.040, assinado em 07 de fevereiro de 2007, o governo federal reconhece, pela primeira vez na história, a existência formal de todas as chamadas populações tradicionais. (Guimarães & Almeida, 2015, p. 1).

O pantaneiro também é chamado pelos habitantes locais como homem do campo.

O pantanal, tendo 64% de sua abrangência localizada no Mato Grosso do Sul (Silva & Abdon, 1998), centro-oeste brasileiro, é uma planície aluvial influenciada por rios, os quais periodicamente inundam a região. Devido à essa intermitência e outras particularidades, esse complexo geossistema é subdividido em 11 sub-regiões, dentre as quais está Aquidauana, Brasil, localidade do presente estudo.

Os pantaneiros tradicionais vivem com as condições oferecidas pela natureza, adaptando-se aos períodos das chuvas, que alagam a região por longo tempo. No que diz respeito ao trabalho, possuem grandes particularidades relacionadas ao contexto histórico e cultural da região. Suas fragilidades e potencialidades estão estreitamente ligadas a especificidade de ordem sociodemográfica.

Para Leite (2003) o peão praieiro, é aquele que fica nos limites da fazenda, “cuidando da terra, dos pomares, e dos consertos necessários ao local, zelando pelo bom andamento das atividades na fazenda” (p. 130). Já o peão campeiro “faz parte do conjunto de trabalhadores de uma fazenda e sua função é cuidar do manuseio do rebanho nos limites da propriedade” (p. 130). O peão de boiadeiro é “geralmente um trabalhador flutuante, já que depende de trabalhos esporádicos nas comitivas” (p. 130). Para este autor, os primeiros trabalhadores - o peão praieiro e o peão campeiro - são aqueles assistidos pela legislação trabalhista, têm carteira de trabalho e todos os benefícios de um trabalhador registrado. No entanto, o terceiro é apenas um diarista.

O trabalho para o pantaneiro “é questão de orgulho, pois o peão habilitado ao trabalho com o gado ofende-se quando o capataz ou o proprietário lhe pede algo para fazer, de forma diferente à qual está acostumado. O trabalho desempenhado é demonstração de competência e especialização na tarefa” (Melo & Urt, 2009, p. 37).

Portanto, há especificidades nessa lida e Lancman e Sznelwar (2005) acreditam que o trabalho constitui um significado bem mais amplo que o de vender a mão de obra, ou conhecimentos e habilidades de trabalho em busca de remuneração. Além do valor em moeda, há uma recompensa social, ou seja, uma integração aos grupos de determinado espaço, assegurando certos direitos sociais. Nos participantes estudados é perceptível o sentimento

de orgulho e de pertença advindos da tarefa desempenhada no trabalho.

Flach, Grisci, Silva, e Manfredini (2009) dizem que a periculosidade de maleficências psíquicas no ambiente de trabalho é tão alta quanto as físicas. Quanto às características atuais do trabalho, é perceptível que a saúde mental dos trabalhadores sofre influência de inúmeros fatores e situações, destacando-se as formas que agressão física que posteriormente pode afetar o psíquico, como a exposição a agentes tóxicos, a altos níveis de ruído, trabalho com compostos explosivos, risco de assaltos, sequestros e abuso sexual. Além disso, a forma de ordenamento do trabalho e políticas de gestão que desconsideram os limites físicos e psíquicos do trabalhador, zerando todas suas formas de pensar subjetivo para que o produto final não seja prejudicado, alcançando assim todas as metas (Seligmann-Silva, Bernardo, Maeno, & Kato, 2010).

Dessa forma, é necessário questionar-se o que mudou ao longo dos séculos em relação ao trabalho e suas consequências para a saúde mental do trabalhador. Como resposta, fica claro que o processo de trabalho vem sofrendo modificações ao longo das décadas, cada vez mais abruptas. Porém, alguns aspectos da atenção à saúde mental, que é diretamente impactada com essas alterações, não vêm sofrendo modificações.

A partir daí, é perceptível que as formas de se realizar o trabalho sofreram acentuadas alterações ao longo do tempo, diferindo das modificações ocorridas no sofrimento patogênico do trabalho e do seu tratamento, de acordo com Lacman e Snelwar (2005). Tal afirmativa, dizem os autores, se justifica pelo avanço tecnológico e as novas organizações do trabalho que não dispuseram do fim do trabalho penoso. Ao invés disso, acentuaram as diferenças de classes, abrangidas pela desigualdade social e “legitimada” pela injustiça social, consequentemente trazendo

formas de sofrimento qualitativamente mais complexas e sutis, principalmente em relação ao psíquico.

Tais transtornos apresentam alguns sintomas característicos, como irritabilidade, insônia e dificuldade de concentração. Assim, há um comprometimento das atividades diárias e posterior piora nos vínculos sociais, além de outros agravos (Fioritti, Rossoni, Borges, & Miranda, 2010). Sendo assim, a compreensão da articulação entre saúde, subjetividade e trabalho depende de estratégias teóricas e ações interdisciplinares.

De acordo com o estudo de Nardi e Ramminger (2012) é evidente que o Brasil, tendo em vista os processos de implantação dos programas da Saúde do Trabalhador, ainda não modificou forma hegemônica de compreensão da saúde, que se caracteriza pela busca direcionada à doença, onde o corpo é o único e principal ator, além do processo de adoecimento, que se baseia na relação causa-efeito direta do agente causador.

38 No Brasil, de acordo com o estudo de Faria, Facchini, Fassa, e Tomasi (2000) com trabalhadores rurais, o qual teve seus resultados baseados em aplicações de questionários validados, como o SRQ-20; há uma prevalência geral de 36% com Transtornos Psiquiátricos Menores. Tal taxa expressa a relevância e o impacto que diversos fatores socioambientais têm causado à saúde mental dos indivíduos. Além disso, traz intrinsicamente o quão é importante a realização de pesquisas que busquem relacionar os mais diversos fenômenos psicossociais com a prevalência de transtornos mentais menores.

Os temas que fazem interface com a saúde do trabalhador, a Saúde Mental e da subjetividade, segundo Nardi e Ramminger (2012) são inseparáveis, tanto da visão teórica quanto do exercício de pesquisa e intervenção. Sendo assim, a compreensão da articulação entre saúde, subjetividade e trabalho depende de estratégias teóricas e ações interdisciplinares.

O universo do trabalhador pantaneiro e sua família é complexo, podendo gerar dificuldades no desempenho de suas atividades e da sua vida diária. Portanto, essa obra, escrita por várias mãos buscou identificar os determinantes que podem contribuir para a ocorrência de agravos à saúde física e mental e da qualidade de vida, assim como, elaborar propostas de intervenção que levem em conta as especificidades dessa população.

## Referências

- Faria, N. M. X., Facchini, L. A., Fassa, A. G., & Tomasi, E. (2000). Processo de produção rural e saúde na Serra Gaúcha: um estudo descritivo. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(1), 115-28.
- Fioritti, K. P., Rossoni, R. R., Borges, L. H., & Miranda, A. E. (2010). Transtornos mentais comuns entre os estudantes do curso de medicina: prevalência e fatores associados. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(1), 17-23.
- Flach, L., Grisci, C. L. I., Silva, F. M., & Manfredini, V. (2009). Sofrimento psíquico no trabalho contemporâneo: analisando uma revista de negócios. *Psicologia & Sociedade*, 21(2), 193-202.
- Guimarães, L. A. M., & Almeida, L. P. de. (2015). Saúde mental, qualidade de vida e trabalho do pantaneiro. *Projeto de Pesquisa*. Universidade Católica Dom Bosco.
- Lancman, S., & Sznelwar, L. I. (2005). Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(3), 984-990.
- Leite, E. F. (2003). *Marchas na História: Comitivas e peões boiadeiros no pantanal*. Campo Grande, MS: UFMS.
- Melo, S. O. F. de., & Urt, S. da C. (2009). A tecnologia no cotidiano do homem pantaneiro. *Relatório de Pesquisa*. Disponível em [www.propp.ufms.br/ppgedu/geppe. http://www.propp.ufms.br/gestor/titan.php?target=openFile&fileId=404](http://www.propp.ufms.br/ppgedu/geppe. http://www.propp.ufms.br/gestor/titan.php?target=openFile&fileId=404)

- Nardi, H. C., & Ramminger, T. (2012). Políticas públicas em saúde mental e trabalho: Desafios políticos e epistemológicos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32(2), 374-387.
- Seligmann-Silva, E., Bernardo, M. H., Maeno, M., & Kato, M. (2010). O mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do trabalhador. *Rev. Bras. Saúde Ocup.*, 35(122), 187-191.
- Silva, J. S. V., & Abdon, M. M. (1998). Delimitação do pantanal brasileiro e suas sub-regiões. *Pesquisa agropecuária brasileira*, 33(Número Especial), 1703-1711.

# Capítulo I

## *Contexto de Trabalho do Pantaneiro*

*Liliana Andolpho Magalhães Guimarães*

*Elaine Cristina Vaz Vaez Gomes*

*João Massuda Junior*

*Vanusa Meneghel*

*Victória Meins Graeff*

*Maria Aparecida Canale Balduino*

### Introdução

O Pantanal é uma grande planície banhada pelos rios Paraguai, Cuiabá, São Lourenço, Taquari, Miranda e seus afluentes, um dos maiores ecossistemas inundáveis contínuos da terra, possuindo cerca de 200.000 km<sup>2</sup>, e está localizado no centro da América do Sul, com áreas pertencentes ao Brasil, Bolívia e Paraguai. Cerca de 80% de sua área situam-se no território brasileiro, distribuída pelos estados de Mato Grosso e Mato Grosso do Sul, sendo que 64,64% dessa extensão estão localizados no último estado citado (Alho, Lacher Junior, & Gonçalves, 1988; Bertelli, 1988; Silva & Abdon, 1998; Dantas, 2000; Salis, Assis, Crispim, & Casagrande, 2006).

As atividades agrícolas são escassas na planície pantaneira, e a principal atividade econômica da região é a pecuária, especificamente a criação extensiva de gado de corte em pastagens nativas (Nogueira, 1990). Os trabalhadores pantaneiros, assim como os de outras categorias profissionais, estão cotidianamente expostos a múltiplos fatores de riscos físicos, biológicos

e psicossociais, tais como: elementos climáticos, condições de trabalho adversas, carga horária variável, constante manejo com o gado, invasão tecnológica, dentre outros, durante a execução de suas tarefas. Muitos desses fatores podem ocasionar adoecimento ao trabalhador, bem como sua migração para as cidades, visto que, apesar de apresentar uma economia calcada na atividade rural, os municípios pantaneiros concentram a maior parte de sua população na zona urbana (Barros, 1998; Nogueira, 2009; Abrahão, Tereso, & Gemma, 2015).

Para conhecer o homem pantaneiro, é necessária uma aproximação que permita a apropriação do universo do pantanal, uma vez que, segundo Nogueira (1990), o “[...] Pantanal não seria o que é sem o homem que o habita, [...] que faz a história do Pantanal e a sua própria história” (p. 59). Esses trabalhadores, em sua maioria, são descendentes de índios, bandeirantes paulistas, negros africanos vindos para trabalhar na mineração e lavoura de açúcar, paraguaios e bolivianos, o homem pantaneiro se constituiu com ensinamentos passados de geração a geração, tendo suas crenças, superstições e costumes herdados (Diegues Junior, 1952; Proença, 1997). Sua vestimenta de campeiro do Pantanal, sua fala, marcada pelo coloquialismo e neologismos, suas festas, o tereré, bebida típica da região, dentre outros traços marcantes de sua cultura, compõem o extenso universo desses sujeitos (Melo & Urt, 2010).

O homem pantaneiro tem seu trabalho organizado de acordo com a natureza e seus ciclos, mantendo uma convivência harmônica com esse ambiente:

Talvez seja esse o ecossistema em que se pode observar com mais nitidez a integração entre homem e natureza em todas as suas nuances. Se o Pantanal ainda mantém a maior parte de suas características naturais e histórico-culturais, deve isso ao típico homem dos pantaneiros, que tendo aprendido

a fazer a leitura semiótica da natureza, aprendeu também a conciliar seu modo de vida às condições ambientais, re-adaptando antigos hábitos e reinventando novas maneiras de sobrevivência, que instauram a secular parceria entre o universo cultural humano e o universo cultural pantaneiro (Nogueira, 2001, p. 24).

Em relação às características do trabalho, Nogueira (2002) afirma que este é marcado pelas funções das comitivas, aparte e bagualeação. As comitivas são responsáveis pela travessia do gado de uma fazenda a outra. O aparte, atividade básica e rotineira, é realizado para sinalizar (marcar a ferro) os animais, vacinar, castrar, separar o gado comercializável, entre outros. Já a bagualeação tem por objetivo a caça do gado bagual (animal arisco e criado solto).

Melo e Urt (2009) salientam a importância de se compreender as diversas tarefas desenvolvidas pelos diferentes peões pantaneiros no seu dia a dia. O peão-praieiro fica nos limites da fazenda, cuida da terra, dos pomares, da horta e dos consertos necessários ao local, zelando pelo bom andamento das atividades na fazenda. O peão campeiro tem por função cuidar do manejo do rebanho da propriedade, e o peão de boiadeiro é responsável pela realização de trabalhos esporádicos nas comitivas.

Os peões, praieiro e campeiro, são assistidos pela legislação trabalhista, possuindo carteira de trabalho e todos os benefícios de um trabalhador formalmente registrado. Já o peão de boiadeiro é considerado um diarista, com contrato verbal. Essa fragilidade contratual gera uma instabilidade laboral, fazendo com que muitos peões de boiadeiro busquem a zona urbana nos períodos em que não estão trabalhando nas comitivas, de forma a garantir seu sustento e de sua família e, muitas vezes, esses trabalhadores acabam sofrendo com depressão e/ou alcoolismo (Leite, 2003).

O trabalho do pantaneiro ocorre ao ar livre, exercido de sol a sol, sem que haja controle das condições ambientais, com exigência física elevada, muitas vezes começando de madrugada e se estendendo por longos períodos (Pinto, 2006; Abrahão et al., 2015). As atividades ligadas ao gado e ao trator são consideradas as mais difíceis, pois, além do perigo da ocorrência de acidentes, expõem seus responsáveis a problemas de locomoção em razão das distâncias características das fazendas pantaneiras, estradas estreitas e acidentadas, além do inevitável enfrentamento dos fenômenos da natureza, tais como calor, frio, umidade e animais selvagens, que podem contribuir para debilitar a saúde desses trabalhadores (Pinto, 2006; Sena, 2011).

Além de atividades características de sua região, o contexto de trabalho no pantanal também engloba diferentes tipos de trabalhos tipicamente rurais, tais como: mão de obra familiar, arrendatários e empreiteiros. Abrahão et al. (2015) classificam o trabalho realizado nas fazendas pantaneiras em três grandes categorias: (i) o trabalho primário, realizado sobre a terra e seus produtos; (ii) o trabalho secundário, que engloba a fabricação e reparo de ferramentas e; (iii) o trabalho terciário, que envolve as atividades de gestão da propriedade e contabilidade.

O trabalho, para o homem pantaneiro, é questão de orgulho, pois o seu desempenho é demonstração de competência e especialização na tarefa que realiza. No entanto as características do ambiente e das atividades desenvolvidas trazem consigo demandas físicas e mentais, que têm potencial para repercutir, muitas vezes, negativamente na saúde desses profissionais, deixando profundas marcas em sua pele, no seu trabalho e em sua memória (Cabrita, 2014).

Diante desse cenário, buscou-se, nesta pesquisa, melhor compreender a realidade e o contexto no qual está inserido o trabalhador pantaneiro, visando identificar suas características

sociodemográficas e ocupacionais e sua percepção sobre seu trabalho e costumes regionais, na região conhecida como “Portal do Pantanal”, no Pantanal de Aquidauana, Mato Grosso do Sul, Brasil.

## Método

Foi realizado um estudo exploratório-descritivo, de corte transversal, com abordagem mista (qualiquantitativa) em três fazendas da sub-região de Aquidauana, Mato Grosso do Sul, Brasil, mais conhecida como Pantanal Alto. A amostra foi composta por conveniência, com  $n=59$  trabalhadores de ambos os sexos, que foram informados dos objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para que pudessem participar efetivamente do estudo. Um Questionário Sociodemográfico e Ocupacional desenvolvido especificamente para o estudo foi aplicado de forma assistida, e realizada uma entrevista semiestruturada, com o objetivo de melhor compreender a realidade desse coletivo de trabalhadores. A pesquisa seguiu as determinações da Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, referente à ética na pesquisa com seres humanos, e foi aprovada previamente pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), CAAE 42529814.9.0000.5162.

Para a análise quantitativa dos dados coletados por meio do Questionário Sociodemográfico e Ocupacional, foram calculadas as distribuições de frequência, média, desvio padrão, mínimo e máximo, quando necessário, para as variáveis: sexo, idade, cor, estado civil, religião, entre outras pesquisadas neste trabalho. A realização desses cálculos foi feita com o auxílio do software *Statistical Package for the Social Science* [SPSS] 22<sup>a</sup> versão. A análise qualitativa das entrevistas foi realizada por meio da técnica da análise de conteúdo, que, segundo Bardin (2010), é

um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Segundo essas orientações, foi realizado o desmembramento das informações coletadas, em categorias, e seu posterior agrupamento, de forma analógica (Silva & Fossá, 2013).

## Resultados

A análise descritiva dos dados coletados revelou que os trabalhadores pantaneiros pesquisados são na maioria do sexo masculino (71,2%), casados/união estável (83,0%), têm filhos (81,4%), com ensino fundamental incompleto (67,8%), média de idade de 35,8 anos (DP  $\pm 12,6$ ). Com relação à renda mensal individual, a amostra demonstrou que 83,1% recebem de um a dois salários mínimos e 84,7% têm renda familiar de um a dois salários mínimos, 45,8% são brancos, 71,2% são católicos, 76,3% moram com a família, a moradia tem luz elétrica (96,6%), água encanada (89,8%) e água tratada (20,3%).

Os achados obtidos demonstraram que os participantes exercem funções diversas nas propriedades pesquisadas, tais como: serviços gerais (27,1%), operador de máquinas (11,9%), cozinheiro (8,5%), peão (6,8%), capataz (6,8%), trabalhador rural (5,1%), do lar (5,1%), campeiro (3,4%), praieiro (3,4%), pedreiro (3,4%), carpinteiro (1,7%), serralheiro (1,7%), encarregado geral (1,7%), faxineira (1,7%), governanta (1,7%), estagiário (1,7%); trabalham registrado (74,6%), tem tempo de trabalho na fazenda de um a cinco anos (30,5%), carga horária de 44 horas semanais (62,7%) e carga horária de trabalho semanal variável (52,5%).

Os resultados obtidos por meio da análise de conteúdo das entrevistas foram, primeiramente, agrupados em 12 categorias iniciais de análise. Essas categorias representam a essência do

discurso desses trabalhadores frente aos questionamentos realizados pelos pesquisadores.

A categoria 1, intitulada *História da/na fazenda*, se refere aos relatos associados à antiguidade da fazenda, algumas com mais de 150 anos de fundação, informações sobre sua extensão e capacidade produtiva, caracterização como empreendimento familiar, histórias da época do coronelismo e assombrações na propriedade, bem como o histórico pessoal de trabalho na fazenda dos participantes desta pesquisa, relatando seu início como trabalhador pantaneiro e suas experiências ao longo dos anos de trabalho na fazenda em questão.

Já a categoria 2, denominada *Informações/Histórico pessoal*, contempla relatos que mencionam o histórico pessoal detalhado desses trabalhadores e sua trajetória pessoal e profissional, desde a infância até hoje. Muitos relataram sua origem pantaneira, enquanto outros informaram serem oriundos dos estados do Paraná e São Paulo. De forma geral, foram retratadas histórias pessoais de migração e aprendizagem do ofício realizado na fazenda.

47

A terceira categoria, *Descrição do cotidiano na fazenda*, se refere às atividades rotineiras dos trabalhadores, homens e mulheres, na fazenda. Os relatos apresentam, com detalhes, horários, rotinas, responsabilidades e dificuldades deles, seja no trabalho com vínculo formal, seja nas tarefas domésticas realizadas diariamente, do nascer ao pôr do sol.

Os sentimentos em relação a *Morar na fazenda* são a quarta categoria de análise e indicam que o trabalhador pantaneiro gosta do ambiente e do trabalho que realiza, sentindo-se bem ou muito bem no local, vivendo com tranquilidade e feliz na fazenda.

A quinta categoria agrupou as *Atividades de lazer* relatadas nas entrevistas, sendo as mais frequentes: futebol, pesca, tere-

ré com amigos e programas de televisão. Foram mencionados ainda festas, churrascos, almoço em família e amigos e “prosa” entre vizinhos e parentes.

Os relatos expressando o desejo de mudança, ou não, foram agrupados na sexta categoria intitulada *Intenção de mudar sua vida*. Foi possível observar certo equilíbrio entre ambas as intenções, uma vez que 54,6% das unidades de registro associadas a essa categoria expressavam o desejo de manter-se tal como no momento da entrevista, 43,6% almejam mudanças, e 1,8% indica dúvida entre ambas as possibilidades.

A próxima categoria reúne relatos que apontam o *interesse do trabalhador pantaneiro em possuir sua própria terra ou mudar-se para a cidade*, e 50,8% das unidades de registro denotam o interesse desse trabalhador em conquistar sua propriedade rural. Há os que desejam mudar-se para a cidade em busca de melhores oportunidades de trabalho e estudo para a família (25,4%), e os que desejam permanecer na fazenda em que trabalham (20,3%).

Os comentários que tratam do *Relacionamento com vizinhos*, oitava categoria, denotam uma convivência harmônica entre trabalhadores e suas famílias, pois 50 unidades de registro, das 54 existentes na categoria, apontam para um bom relacionamento interpessoal.

A nona categoria, intitulada *Medos*, apresenta os relatos dos participantes da pesquisa quando questionados sobre o que mais temem. Das 70 unidades de registro anotadas, 32 apontam a inexistência de medos, 6 relatam o medo da perda de parentes e familiares, 5 estão associadas a medo de animais (cobras e onças), 3 indicam apreensão em relação a assombrações, 2 indicam preocupação com a solidão, e as demais apontam para temores diversos (e.g.: serviço perigoso, divórcio, decepção, entre outros).

Quanto aos *Fatos marcantes*, décima categoria, foram registradas 19 unidades associadas a acidentes e mortes (acidentes de trabalho, acidentes com terceiros, acidentes com sequelas e mortes de pais, irmãos e netos), 17 unidades indicando a inexistência de recordações de fatos marcantes, sete unidades mencionando momentos felizes (e.g.: nascimento de membros da família, primeiro encontro com cônjuge e viagens importantes) e as demais, associadas ao trabalho realizado (e.g.: começo do trabalho com gado, elogio do patrão, entre outras).

A décima primeira categoria identificou *o que é felicidade para o trabalhador pantaneiro*. Em ordem de frequência das unidades de registros, felicidade significa: saúde (16), família (11), estar bem com as pessoas em volta (10), viver tranquilo e em paz (8), trabalho (6), morar na fazenda (3), entre outros. A décima segunda categoria, *Crença de felicidade*, obteve 88,6% de unidades de registros indicando uma resposta positiva para o questionamento, enquanto apenas 1,8% delas indicavam que “não”. As demais apontavam oscilação entre momentos felizes e outros nem tanto.

As 12 categorias iniciais apresentadas, após analisadas e discutidas, foram reagrupadas em cinco categorias intermediárias em função de sua similaridade, sendo elas: a) Histórias e cotidiano na fazenda; b) Lazer e sentimentos em relação à fazenda e a comunidade; c) Vida pessoal; d) Planos para o futuro; e) Sentimentos.

Progressivamente, as categorias iniciais e intermediárias deram origem às duas categorias finais, intituladas: (i) A vida do trabalhador pantaneiro na fazenda e (ii) Sentimentos, lembranças e planos do trabalhador pantaneiro (Quadro 1).

Categoría intermediária	Conceito norteador	Categoría final
<b>I. Histórias e cotidiano na fazenda</b>	Histórico da fazenda e da rotina de trabalho dos trabalhadores, homens e mulheres, pantaneiros.	I. A vida do trabalhador pantaneiro na fazenda
<b>II. Lazer e sentimentos em relação à fazenda e à comunidade.</b>	Sentimentos sobre morar na fazenda, relacionamento com vizinhos e atividades de lazer na fazenda.	
<b>III. Vida pessoal</b>	Descrição da trajetória e fatos marcantes em sua vida pessoal.	
<b>IV. Planos para o futuro</b>	Expressão de desejos de mudança de vida e/ou mudança para propriedade própria, na cidade ou no campo.	<b>II. Sentimentos, lembranças e planos do trabalhador pantaneiro</b>
<b>V. Sentimentos</b>	Expressão dos medos e significados para a felicidade na visão do trabalhador pantaneiro.	

*Quadro 1. Categorias Finais da Análise de Conteúdo*

Com o objetivo de apresentar o processo sistemático, analítico e progressivo de construção das categorias encontradas neste estudo, apresenta-se, no Quadro 2, a síntese da construção das categorias iniciais, intermediárias e finais.

Categoría inicial	Categoría intermediaria	Categoría final
<b>1. História da/na fazenda</b>	I. Histórias e cotidiano na fazenda	
<b>3. Descrição do cotidiano na fazenda.</b>		
<b>4. Sentimentos em relação a morar na fazenda</b>		I. A vida do trabalhador pantaneiro na fazenda
<b>8. Relacionamento com vizinhos</b>	II. Lazer e sentimentos em relação à fazenda e à comunidade.	
<b>5. Atividades de lazer na fazenda.</b>		
<b>2. Informações/Histórico pessoal</b>	III. Vida pessoal	
<b>10. Fatos marcantes</b>		
<b>6. Intenção de mudar sua vida</b>		II. Sentimentos, lembranças e planos do trabalhador pantaneiro
<b>7. Intenção de mudar para cidade ou para sua própria terra</b>	IV. Planos para o futuro	
<b>9. Medos</b>		
<b>11. O que é felicidade</b>	V. Sentimentos	
<b>12. Acredita ser feliz</b>		

51

Quadro 2. Síntese da progressão das categorias

## Discussão

Os achados obtidos no estudo evidenciam que o contingente de homens (71,2%) trabalhando nessa região do pantanal é superior ao número de mulheres. Possivelmente, essa diferença está ligada às características das funções existentes nesse ambiente laboral, em que há a exigência de força bruta para o manuseio do gado, cuidado com a pastagem, com máquinas e equipamentos. As funções descritas na literatura, típicas da região do Pantanal, foram semelhantes às encontradas nas fazendas pesquisadas, uma vez que se observaram trabalhadores desenvolvendo as atividades de peão de campo, peão praieiro,

empreiteiro, roceiro, tratorista, capataz (responsável pela fazenda quando o patrão precisa se ausentar) e serviços gerais (trabalhadores responsáveis por ocupar a maioria das funções citadas anteriormente quando necessário) (Ribeiro, 2014; Lima, 2014).

Ao sexo feminino cabe a realização de funções ligadas aos afazeres domésticos; em alguns casos, possuem vínculo de trabalho formal, sendo contratadas para a execução de serviços domésticos na sede da fazenda; em outros, trabalham como cozinheiras e lavadeiras para os peões solteiros. Além do trabalho realizado para a fazenda ou para seus trabalhadores, fica sob a incumbência da mulher cuidar das atividades do lar, dos filhos e dos animais domésticos. Muitas vezes, as mulheres trabalham para o fazendeiro ou para os seus trabalhadores, desenvolvem trabalhos manuais, tais como a produção e venda de queijos e doces para complementar sua renda familiar (Thomé, 2008; Ribeiro, 2014).

52

O nível de instrução do homem e da mulher pantaneira pode ser considerado baixo, uma vez que boa parte possui ensino fundamental incompleto (67,8%) ou são analfabetos funcionais (13,6%), confirmando que, no Brasil, há grande concentração de indivíduos com baixa escolaridade e analfabetismo, principalmente, entre trabalhadores da agropecuária, setor de higiene e limpeza, operários da construção civil e outras categorias ocupacionais (Borges, 1999; Borges & Pinheiro, 2002). No Brasil rural, são detectados os maiores índices de analfabetismo, mortalidade infantil, incidência de doenças regionais e insalubridade, que muito se deve à dificuldade de acesso aos recursos imprescindíveis à vida, o que evidencia uma condição de extrema pobreza (Brasil, 2013a, 2013b, 2015).

Ribeiro (2014) concluiu que viver no Pantanal significa privação de benefícios, entre eles o ensino oferecido nas cidades e o acesso a serviços de saúde. A autora verificou que a maioria

dos empregados das fazendas eram semianalfabetos, e a educação dos filhos, uma constante preocupação. A baixa escolaridade também pode representar risco ocupacional para esses trabalhadores, tendo em vista as dificuldades de entendimento acerca da operação dos equipamentos e ferramentas necessários para a realização de seu ofício, expondo-os a diversos riscos laborais (e.g., falta do uso de equipamentos de proteção individual).

Apesar de o seu trabalho ser regulamentado pelas leis trabalhistas e haver contrato para trabalhar 44 horas semanais, foi observado que alguns pantaneiros (5,1%) afirmaram laborar mais de 44 horas semanais, e muitos (52,5%) informaram ter de cumprir uma jornada de trabalho com horas variáveis, podendo se estender além do programado. Cabrita (2014) reforça esse resultado referindo que a carga horária semanal de trabalho do pantaneiro é superior à prevista em lei, exaustiva e com riscos à sua saúde e segurança.

No que se refere à renda mensal individual e familiar, a grande maioria, respectivamente (83,1%) e (84,7%) ganha, em média, de um a dois salários mínimos, o que corrobora os resultados encontrados por Banducci Júnior (2007). Este autor identificou que a maioria dos trabalhadores recebe um salário mínimo e possui carteira assinada. Para o cargo de tratorista, a remuneração pode chegar a um salário e meio, já para o capataz pode atingir dois salários mínimos. Também foram encontrados profissionais que se intitularam “empreiteiros”, residentes ou não na fazenda, normalmente com contrato temporário e trabalho remunerado por diária ou empreita. Esses trabalhadores ainda existem no pantanal e podem desenvolver as atividades de peão, tratorista, operador de máquina, entre outras.

Tradicionalmente, nas fazendas são encontrados os proprietários das terras, seus funcionários e familiares. Os trabalhadores são divididos por funções, de acordo com a necessidade

e, embora exista rotatividade de funcionários que migram de fazenda para fazenda periodicamente, foi encontrada parcela significativa de trabalhadores (58,7%) que exerce a atividade de trabalhador pantaneiro há onze anos ou mais na mesma propriedade. Esses indivíduos aprenderam, desde sua infância, a profissão que desenvolvem hoje, achado corroborado na pesquisa realizada por Ribeiro (2014), que afirma também que o trabalho no pantanal não tem rotina, e a lida no campo tem uma associação muito forte com o prazer.

A maioria dos trabalhadores pantaneiros são casados, mantêm união estável ou são amasiados (83,1%) e têm filhos (81,4%), reforçando a compreensão de que a família é um laço especial na vida das pessoas, podendo ser considerada um núcleo que congrega filhos, mesmo distantes em alguns casos. Além do apego familiar, os pais contam com os filhos homens para ajudá-los no trabalho desde muito cedo, o que corrobora os achados de alguns autores que mencionam que os filhos dessa população aprendem a profissão de “pantaneiro” ainda crianças e ajudam os pais desde cedo (Morettini, 2010; Ribeiro, 2014).

Pesquisas realizadas por Nogueira (2002), Banducci Junior (2007) e Ribeiro (2014) relatam a aspiração dos pantaneiros de ter uma casa própria na cidade, pois pensam no futuro dos filhos e em seus estudos. Tal fato explica a posse de propriedades na cidade por parte de 44,1% dos pesquisados e os resultados obtidos com a análise de conteúdo das entrevistas em relação ao desejo de mudança e de morar na cidade.

A maioria dos pesquisados (96,7%) reside nas dependências das fazendas, dispondo de moradia gratuita, que possui luz elétrica (96,6%) e água encanada (89,8%). Ainda tem direito a leite e carne, que são partilhadas entre as famílias, e também há a possibilidade de criação de animais (galinhas, porcos), o

que torna morar na fazenda uma alternativa atrativa (Banducci Junior, 2007; Ribeiro, 2014).

Muito embora exista disponibilidade de água encanada nas propriedades pesquisadas, a maior parte dessa oferta provém de poços (52,5%), sendo que apenas 20,3% dos respondentes informaram que essa água é tratada para o consumo. De acordo com a literatura, a maior parte da população rural (67,2%) capta água de chafarizes, poços e cursos de água, protegidos ou não, sem nenhum tratamento, e apenas 32,8% dos domicílios rurais estão ligados à rede de distribuição de água (Brasil, 2013b). É comum, nessas regiões, ver as mulheres dos peões pantaneiros pegarem água nas baías para lavar roupa, tomar banho e cozinhar (Banducci Junior, 2007). Essa situação contribui para o aparecimento de sintomas gastrointestinais e patologias de veiculação hídrica (e.g. diarreias, vômito e parasitoses intestinais), que são responsáveis por altas taxas de mortalidade infantil. Conforme Relatório do Desenvolvimento Humano de 2006, aproximadamente cinco milhões de pessoas morrem a cada ano devido a enfermidades ligadas ao saneamento básico, em especial, ao uso de água inadequada para o consumo humano (Brasil, 2013a).

Os achados obtidos no presente estudo evidenciam que os pesquisados são brancos (45,8%), pardos (32,2%), seguidos de pretos, indígenas e amarelos. Essa miscigenação teve sua origem na migração de bandeirantes (paulistas), negros (que trabalhavam na mineração e lavoura de açúcar), índios (da região), bolivianos e paraguaios, que adentraram para a região do Pantanal em busca de trabalho. Muito embora esse movimento migratório tenha reduzido drasticamente ao longo dos anos, ainda hoje são observáveis características raciais desses povos, principalmente em seus descendentes que se mantêm trabalhando na região (Nogueira, 2002; Banducci Junior, 2007; Melo & Urt, 2010).

O homem pantaneiro é simples, aparentemente calmo e feliz, apesar das adversidades. Há muitos anos habita o Pantanal, mundo inundado, úmido e/ou seco, e está sempre disposto a servir de guia, receber e explicar o que se passa em seu cotidiano, sobre os animais, as águas e as formas de enfrentar e sobreviver em meio às adversidades da natureza (Barros, 1998; Nogueira, 2002; Pinto, 2006; Banducci Junior, 2007; Ribeiro, 2014). Para enfrentar esse ambiente, esses trabalhadores enfrentam seus medos, planejam seu futuro, guardam diversas lembranças, buscam as mais diversas formas de lazer, mas, principalmente, entendem como felicidade o fato de terem saúde, estarem ao lado de sua família, conviver bem com a comunidade, viverem tranquilos e em paz, terem um trabalho e, nas palavras de um trabalhador pantaneiro pesquisado, “ser feliz com o que tem”.

### **Considerações Finais**

56

O trabalho no campo é a atividade que mais contribui para o crescimento do país, constituindo-se como um dos principais pilares econômicos do Brasil. O homem pantaneiro pode ser considerado um personagem importantíssimo nesse cenário, pois vive em comunhão com a natureza, possuindo grande conhecimento sobre a influência das cheias para a produção local, compreendendo como realizar o manejo das pastagens, como conviver com animais, fauna silvestre e, principalmente, com o gado, sob condições típicas do pantanal. Esse conhecimento, transmitido de geração para geração, é essencial para a manutenção da atividade de pecuária extensiva na região do Pantanal, cujo principal propósito é a criação de gado de corte.

Muito embora esse trabalhador tenha fundamental importância histórica, cultural e econômica, este estudo demonstrou que ele ainda enfrenta condições inadequadas para o desenvolvimento de seu trabalho e para a possibilidade de oferecer

aos seus familiares e dependentes melhores condições de vida, saúde e bem-estar. A baixa escolaridade, as jornadas de trabalho que, por vezes, superam às 44 horas semanais, a falta de registro formal do vínculo trabalhista, assim como a pouca oferta de água tratada nas fazendas são sinais de que muitos avanços trabalhistas e sociais ainda não chegaram ao ambiente de trabalho do pantaneiro, deixando-o exposto a agravos à sua saúde física e mental.

Não foram encontrados estudos similares e que tenham analisado conjuntamente as variáveis propostas com a respectiva população, podendo tal fator ser visto como limitador, tanto como importante contribuição ao campo de pesquisa da saúde dos trabalhadores rurais, especialmente os pantaneiros. Assim, aponta-se para a necessidade de desenvolvimento de novas pesquisas direcionadas para melhor compreender a realidade do trabalhador pantaneiro, bem como subsidiar a promoção da saúde e prevenção de agravos decorrentes do trabalho e condições de vida no ambiente pantaneiro. Desse modo, conhecer o ambiente em que o trabalhador pantaneiro vive e desenvolve seu trabalho é de fundamental importância para se perceber as suas necessidades e subsidiar políticas públicas que melhor atendam as especificidades desse grupo ocupacional.

57

## Referências

- Abrahão, R. F., Tereso, M. J. A., & Gemma, F. B. (2015). A análise ergonômica do trabalho (AET) aplicada ao trabalho na agricultura: Experiências e reflexões. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 40(131), 88-97. DOI: 10.1590/0303-7657000079013
- Alho, C. J. R., Lacher Junior, T. E., & Gonçalves, H. C. (1988). Environmental degradation in the Pantanal ecosystem of Brazil. *Bio Science*, 38(3), 164- 171. DOI: 10.2307/1310449

- Banducci Junior, A. (2007). *A natureza do pantaneiro: Relações sociais e representação de mundo no "Pantanal da Nhecolândia"*. Campo Grande, MS: UFMS.
- Bardin, L. (2010). *Análise de conteúdo*. (5a ed. revista e atualizada). Lisboa: Edições 70.
- Barros, A. L. (1998). *Gente pantaneira: Crônicas de sua história*. Rio de Janeiro: Lacerda Editores.
- Bertelli, A. (1988). *O Pantanal Mar dos Xaraiés*. Niterói, RJ: Siciliano.
- Borges, L. de O. (1999). A estrutura fatorial dos atributos valorativos e descritivos do trabalho: um estudo empírico de aperfeiçoamento e validação de um questionário. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 4(1), 107-139. DOI: 10.1590/S1413-294X1999000100007
- Borges, L. O., & Pinheiro, J. Q. (2002). Estratégias de coleta de dados com trabalhadores de baixa escolaridade. *Estudos de Psicologia*, 7(spe.), 53-63. DOI: 10.1590/S1413-294X2002000300007
- Brasil. Ministério das Cidades, Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental. (2013a). *Plano Nacional de Saneamento Básico [PLANSAB]*. Brasília, DF, Brasil: Ministério das Cidades.
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. (2013b). *Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta* (1a ed. revisada). Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. (2015). *Saúde e ambiente para as populações do campo, da floresta e das águas*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

- Cabrita, D. A. P. (2014). *Viagem a bordo das comitivas pantaneiras*. Campo Grande, MS: Life.
- Dantas, M. (2000). *Pantanal: Use and conservation*. III Simpósio sobre Recursos Naturais e Socioeconômicos do Pantanal. Embrapa Pantanal, Corumbá, MS, Brasil.
- Diegues Junior, M. (1952). *Etnias e culturas no Brasil*. Rio de Janeiro: Biblioteca do Exército.
- Leite, E. F. (2003). *Marchas na história: Comitivas e peões boiadeiros no pantanal*. Campo Grande, MS: UFMS.
- Lima, P. J. P. de (2014). *Avaliação da qualidade de vida e transformações mentais comuns de residentes em áreas rurais* (Tese de doutorado em Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil).
- Melo, S. O. F., & Urt, S. C. (2009). *Tecnologia no cotidiano do homem pantaneiro*. Campo Grande, MS: UFMS.
- Melo, S. O. F., & Urt, S. C. (2010). A constituição do sujeito pantaneiro por meio de sua história, educação e trabalho. In M. T. Morettini, & S. C. Urt. *Cancioneiro do Pantanal*. Campo Grande, MS: Life.
- Morettini, M. T. (2010). O pantaneiro e seus reinventores: De memória, de narrativa, de lembranças de uma vida. In M. T. Morettini, & S. C. Urt. *Cancioneiro do Pantanal*. Campo Grande, MS: Life.
- Nogueira, A. X. (1990). *O que é pantanal*. São Paulo: Brasiliense.
- Nogueira, A. X. (2001). De garças e pantanais (lá se vão 500 anos). *Prosa - Revista de Comunicação, Cultura e Letras da UNIDERP*, 1(1), 18-19.
- Nogueira, A. X. (2002). *Pantanal: Homem e cultura*. Campo Grande, MS: Editora UFMS.
- Nogueira, A. X. (2009). Pantanal: entre o apego às antigas tradições e o apelo às mudanças. *Albuquerque: Revista de História*, 1(1), 145-164.

- Pinto, L. M. (2006). *Discurso e cotidiano: Histórias de vida em depoimentos de pantaneiros* (Tese de doutorado em Letras, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil).
- Proença, A. C. (1997). *Pantanal: Gente, tradição e história*. Campo Grande, MS: Editora UFMS.
- Ribeiro, M. A. S. (2014). *Entre os ciclos de cheias e vazantes a gente do Pantanal produz e revela geografias* (Tese de doutorado em Geografia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil).
- Salis, S. M., Assis, M. A., Crispim, S. M. A., & Casagrande, J. C. (2006). Distribuição e abundância de espécies arbóreas em cerradões no Pantanal, Estado do Mato Grosso do Sul, Brasil. *Brazilian Journal of Botany*, 29(3), 339-352. DOI: 10.1590/S0100-84042006000300002
- Sena, D. M. (2011). Tropas e condutores em Mato Grosso: Camaradas e arrieiros (primeira metade do século XIX). *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*, 3(5), 44-55.
- 60  
Silva, A. H., & Fossá, M. I. T. (2013, Nov.). *Análise de conteúdo: Exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos*. IV Encontro de Ensino e Pesquisa em Administração e Contabilidade. Brasília, DF, Brasil: EnEPQ.
- Silva, J. S. V., & Abdon, M. M. (1998). Delimitação do pantanal brasileiro e suas sub-regiões. *Pesquisa Agropecuária (Brasília)*, 33(10), 1.703-1.711.
- Thomé, P. (2008). *A mulher e o Pantanal: Uma relação de trabalho e de identidade* (Dissertação de mestrado em Geografia, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Aquidauana, MS, Brasil).

## Capítulo II

# *Saúde Mental do Trabalhador do Pantanal Sul-Mato-Grossense, Brasil*

*Liliana Andolpho Magalhães Guimarães*

*Ednéia Albino Nunes Cerchiari*

*Vanusa Meneghel*

*Márcia Regina Teixeira Minari*

*João Massuda Junior*

*Sylvio Takayoshi Barbosa Tutyá*

### **Introdução**

61

De acordo com Guimarães, Minari e Soares Junior (2015), é na relação homem-trabalho que se situam importantes objetivos de vida, ganho financeiro e posição social para o indivíduo. Para os autores, o mundo do trabalho tem se tornado competitivo, inseguro e instável, exigindo habilidades mentais e emocionais compatíveis com as exigências de mercado, alterando desse modo, as doenças ocupacionais na contemporaneidade.

A prevalência de transtornos mentais (TM), por sua vez, está aumentando (Jardim, Ramos, & Glina, 2010), sendo eles apontados como os que mais afastam os trabalhadores do ambiente laboral. Além disso, ocupam a terceira posição entre os motivos de concessão de benefícios previdenciários no Brasil (Brasil, 2011) e representam 13% da carga de doenças no mundo (Dantas, Koplin, Mayer, Oliveira, & Hidalgo, 2011).

Os efeitos dos TM no ambiente de trabalho representam um importante custo em termos de sofrimento humano e pre-

juízos para trabalhadores, familiares, empresas e sociedade. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2013) ressalta que as consequências econômicas da perda de saúde são igualmente importantes, prevendo que o impacto cumulativo global de distúrbios psíquicos em termos de perdas econômicas será de US\$ 16,3 bilhões entre 2011 e 2030.

Esses transtornos prejudicam o desempenho do indivíduo na vida familiar, social, pessoal e laboral. Eles formam um conjunto de sinais e sintomas associados a alterações de funcionamento comportamental, o que resulta em perturbação do equilíbrio emocional, podendo surgir quando as exigências do ambiente e do trabalho ultrapassam a capacidade de adaptação do sujeito, afetando sua capacidade produtiva (Bárbaro, Robazzi, Pedrão, Cyrillo, & Suazo, 2009).

Os TM podem afetar todas as pessoas, independentemente de nacionalidade, sociedade, idade, sexo e classe econômica ou, ainda, ambiente urbano ou rural (Lima, 2014). Para a OMS (2001), os TM não são considerados problemas, unicamente, das sociedades industrializadas e ricas, mas também das comunidades rurais. De acordo com Costa, Dimenstein, e Leite (2014), apesar de poucas investigações voltadas ao campo da saúde mental em populações rurais, a literatura tem demonstrado que os trabalhadores rurais representam uma parcela da população que apresenta risco de desenvolvimento de problemas relacionados à saúde mental.

### **Trabalhador Pantaneiro**

Fazendeiros (as), gerentes de fazendas, capatazes de campo, boiadeiros, peões campeiros, tratoristas, cozinheiros(as), entre outros profissionais, são legítimos representantes da população trabalhadora das fazendas no Pantanal. Esses indivíduos desenvolvem suas atividades laborais em um cenário distan-

te dos centros urbanos, onde o acesso ao estudo e a serviços de saúde é precário, as estradas são deficitárias e os meios de transportes coletivos são impróprios para a região, tornando sua difícil rotina de trabalho nesse ambiente ainda mais desafiadora, quando comparada ao trabalhador rural brasileiro (Nogueira, 2002).

A região do pantanal passou por mudanças incorporadas pela geoeconomia, tais como a modernização, tecnificação e intensificação dos processos produtivos, as quais provocaram alterações em sua organização (Barros, 1998). Essas transformações aconteceram no pantanal e no modo de vida dos pantaneiros, modificando a atividade laboral, que passou a ser respaldada por leis trabalhistas e devidamente fiscalizada pelo Ministério do Trabalho. A profissionalização do trabalho nas fazendas pantaneiras e a aposentadoria de peões antigos tornaram-se um dos empecilhos para a permanência dos funcionários nos empregos e na manutenção das tradições locais (Ribeiro, 2014).

Como já referido, o trabalhador pantaneiro vive no pantanal, um lugar de belezas naturais e de biodiversidade da fauna e da flora, considerado a maior área alagada de planície do mundo, abrangendo parte de três países: Brasil, Bolívia e Paraguai (Dantas, 2000). No Brasil, o pantanal possui uma área de 138.183 quilômetros quadrados; deste total, 89.318 quilômetros quadrados pertencem ao Estado do Mato Grosso do Sul (Silva & Abdon, 1998). O bioma em questão ainda possui 11 sub-regiões (Cáceres, Poconé, Barão de Melgaço, Paiaguás, Paraguai, Nhecolândia, Abobral, Aquidauana, Miranda, Nabíque e Porto Murtinho) e está localizado na Bacia do Alto Paraguai.

As sub-regiões do pantanal possuem grandes extensões de terras que facilitam a pecuária bovina. Tal atividade é um dos principais destaques do agronegócio brasileiro no cenário mundial (Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento

[MAPA], 2011). Contando com o segundo maior rebanho efetivo do mundo, com cerca de 200 milhões de cabeças, o Brasil assumiu, desde 2014, a liderança nas exportações nesse segmento, vendendo para mais de 180 países e proporcionando o desenvolvimento de dois segmentos lucrativos: as cadeias produtivas da carne e do leite.

Para além desse cenário econômico nacional e internacional e da grande importância da fauna e flora do Pantanal para o mundo, autores como Nogueira (2002) e Ribeiro (2014) alertam para questões contraditórias acerca do trabalho do homem pantaneiro, tais como: sua alta carga de trabalho, fatores climáticos, condições de trabalho, invasão tecnológica, novos patrões, condições que têm contribuído para seu adoecimento e a migração para as cidades.

Dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2013) apontam que, na área rural, são encontrados os maiores índices de endemias, insalubridade e analfabetismo no Brasil, caracterizando uma situação de significativa pobreza decorrente das restrições de acesso aos bens e serviços indispensáveis à vida. Fontoura e Guimarães (2015) sinalizam que, embora a saúde pública tenha avançado em áreas rurais do país, muitas pessoas ainda vivem em condições de carência ambiental, social e de saúde.

Merce destaque a observação dos autores do presente estudo, enquanto moradores da região do pantanal, de que as transformações do mundo do trabalho têm provocado mudanças no ambiente laboral, as quais podem afetar a saúde mental dos trabalhadores dessa localidade. Nesse contexto, com o propósito de conhecer as relações existentes entre saúde mental e trabalho no ambiente rural, foi realizada, neste estudo, em uma primeira etapa, uma revisão de literatura a fim de reunir e sintetizar a produção científica existente sobre o tema “saúde mental em trabalhadores rurais”. Em uma segunda etapa, foi

estimada a prevalência dos Transtornos Mentais (TM) em trabalhadores que exercem seu ofício em fazendas da região do pantanal, no município de Aquidauana, Estado de Mato Grosso do Sul, Brasil.

## Casuística e Método

### Participantes e Procedimentos

Na primeira etapa da pesquisa, foi realizada uma revisão sistemática de literatura a fim de reunir e sintetizar a produção científica existente sobre o tema “saúde mental em trabalhadores rurais”. Foram utilizadas as bases de dados da Biblioteca Científica Eletrônica *Online* (SciELO); Literatura Internacional em Ciências da Saúde e Biomédica (MEDLINE); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BBTD). Procedeu-se à revisão, aplicando os seguintes descritores: “População Rural”; “Pântanos”; “Trabalho”; “Saúde Mental”; “Transtornos Mentais”; “Saúde do Trabalhador”, nos idiomas Português, Inglês e Espanhol.

Foram definidos como critérios de inclusão: (i) pesquisas de campo que investigaram a saúde mental de trabalhadores rurais e/ou pantaneiros; e (ii) sem limitação por período de busca. Os critérios de exclusão foram: (i) pesquisas bibliográficas; (ii) estudos que investigaram a avaliação e efetivação de algum serviço de saúde na área rural; e (iii) pesquisas que avaliaram saúde mental em população rural geral ou em locais de trabalho não especificados.

A seleção inicial resultou em 153 estudos potencialmente relevantes, analisados primeiramente com base no título, descritores e/ou palavras-chave e resumo, sendo removidas as pesquisas que não atenderam aos critérios de inclusão. Posteriormente,

foram consultados de forma completa 32 estudos, sendo retiradas as pesquisas repetidas e que atenderam aos critérios de exclusão. Resultaram assim, dez estudos.

A segunda etapa deste trabalho refere-se à pesquisa empírica, um estudo descritivo, de corte transversal com uso do método quantitativo. A amostra, por conveniência e voluntária, foi composta por 59 (cinquenta e nove) trabalhadores(as) de três fazendas da região de Aquidauana, localizadas no pantanal sul-mato-grossense, Brasil. Os trabalhadores participantes eram empregados(as) das fazendas, cujos proprietários não foram incluídos.

O projeto foi apresentado para os responsáveis das fazendas, seguindo as normas éticas da Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012), e aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), CAAE 42529814.9.0000.5162.

66 Após o aceite dos participantes da pesquisa, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que informou os objetivos do estudo e o caráter sigiloso das respostas, foram aplicados os instrumentos de forma individual e assistida.

## Instrumentos

Foram utilizados o questionário sociodemográfico e ocupacional (QSDO), elaborado especificamente para a população pesquisada, e o instrumento *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20), proposto pela OMS para detectar morbidade psiquiátrica em população geral, desenvolvido por Harding et al. (1980) e validado no Brasil por Mari e Willians (1986).

O QSDO comprehende aspectos importantes da vida dos participantes, tais como: sexo, idade, estado civil, grau de instrução, características habitacionais da moradia na fazenda, renda e vinculação com o trabalho. O SRQ-20 é composto, original-

mente, por 30 questões; porém foi utilizada a versão que possui vinte (20) itens para rastreamento de transtornos não psicóticos. As respostas são dicotômicas do tipo SIM/NÃO, sendo que quatro (4) perguntas avaliam a presença de sintomas físicos, e dezesseis (16) são relacionadas a distúrbios psicoemocionais (Mari & Willians, 1986). Foram estipulados sete ( $\geq 7$ ) como ponto de corte, independentemente do sexo. Foi seguida também a classificação sugerida por Iacoponi e Mari (1988) em relação ao agrupamento de respostas em fatores, por sintomas: (i) humor depressivo/ansioso, (ii) sintomas somáticos; (iii) decréscimo de energia vital; (iv) pensamentos depressivos. Em relação à confiabilidade, o coeficiente alfa de Cronbach, na validação brasileira, foi de 0.86, considerado satisfatório (Gonçalves, 2016).

## Resultados

67

### Caracterização da revisão sistemática de literatura

Os dez (10) estudos selecionados na revisão de literatura foram categorizados em função dos autores e ano de publicação; população trabalhadora pesquisada; tipo de estudo; local do estudo e principais resultados (Quadro 1).

Autor (ano)	População Trabalhadora	Tipo de estudo	Local do estudo	Principais Resultados
Cézar-Vaz, Bonow, e Silva (2015)	Mulheres trabalhadoras agrícolas	Artigo	Interior do estado do Rio Grande do Sul/ Brasil.	Identificaram que 61% das participantes relataram apresentar transtornos mentais relacionados ao trabalho.
Costa (2015)	Trabalhadores migrantes que laboram na colheira manual da cana-de-açúcar	Disse- tação	Usina Santa Izabel, interior do estado de São Paulo/ Brasil.	Constatou-se uma prevalência de 40% de TMM e sua associação com o baixo nível de escolaridade, a positividade do teste CAGE e o adoecimento relacionado ao trabalho e ao absenteísmo.
Costa, Dimenstein, e Leite (2014)	Mulheres trabalhadoras rurais assentadas.	Artigo	Assentamento rural no estado do Rio Grande do Norte/ Brasil.	Apontam uma prevalência de 43,6% de TMC. Sugerem a articulação entre pobreza, violência de gênero, sobre-carga laboral e a ocorrência de TMC.
Lorenzzon (2014)	Agricultores familiares que cultivam produtos orgânicos	Disse- tação	Sudoeste do Paraná/ Brasil	Identificou que, entre os poucos participantes que tiveram algum tipo de doença, o que gerou sofrimento mental não foi o trabalho, e sim a sua ausência.
Faria (2012)	Cortadores de cana-de-açúcar	Disse- tação	Empresa Sucroalcooleira - Minas Gerais/ Brasil	Identificados sentimentos de medo, perda, insegurança, preocupação, nervosismo, desvalorização pessoal e queda de prestígio profissional com o avanço progressivo da mecanização da colheita de cana.
Lima, Rossini, e Reimão (2010)	Trabalhadores rurais safristas e fixos da cultura cafeeira	Artigo	Lavouras Sul Mineiras/ Brasil	O desemprego ocasionado pela entressafra da cultura cafeeira pode influenciar o surgimento de sintomas de ansiedade e depressão.

Autor (ano)	População Trabalhadora	Tipo de estudo	Local do estudo	Principais Resultados
Faker (2009)	Trabalhadores rurais de uma usina de Álcool e Açúcar	Disse- tação	Usina no estado de Mato Grosso do Sul/ Brasil	Constatada uma prevalência de 12% de TMM. Os trabalhadores que apresentaram TMM, em sua maioria, não utilizavam equipamentos de proteção individual.
Costa e Ludemir (2005)	Famílias de trabalhadores rurais da cana-de-açúcar e ou pequenos produtores.	Artigo	Macaparana, na Zona da Mata Pernambucana/Brasil.	Encontraram uma prevalência de 36,0% de TMC. Os participantes com baixo apoio social apresentaram maior prevalência de TMC do que aquelas com alto apoio social.
Faria, Facchini, Fassa, e Tomasi (2000)	Trabalhadores rurais de estabelecimentos agrícolas de culturas diversificadas.	Artigo	Região serrana do Rio Grande do Sul/Brasil.	Encontraram uma prevalência de TMC de 36,0%, e frequência anual de acidentes de trabalho de 10%. Em relação ao alcoolismo, 37% eram abstêmios e 7% apresentavam o teste CAGE positivo.
Rosenberg (1994)	Trabalhadores agrícolas da produção do café e, em menor escala, da criação de gado.	Artigo	Comunidades rurais da região serrana - Espírito Santo/ Brasil.	Entre os entrevistados, 30% relataram “problema de nervos” para si e/ou familiares. Em 32%, o excesso de trabalho aparece como desencadeador do “problema de nervos”.

Quadro 1. Caracterização da revisão de literatura sobre saúde mental em trabalhadores rurais

Ao analisar os dez estudos, observou-se que sete deles foram publicados na última década, apontando um aumento no interesse de pesquisadores em melhor compreender as peculiaridades do trabalho rural e suas relações com a saúde mental. No que se refere à população trabalhadora rural e suas atividades, verifica-se que a maioria das pesquisas foi relacionada à agricul-

tura, com destaque para a cultura da cana-de-açúcar e café. Não foi encontrado nenhum estudo relacionado a trabalhadores rurais atuantes na pecuária bovina da região do pantanal, ou seja, trabalhadores pantaneiros.

Nas análises dos principais resultados, foram identificados diversos instrumentos para verificar a saúde mental dos trabalhadores rurais, como entrevista e grupo focal nas metodologias qualitativas. Nas metodologias quantitativas, foram mais utilizados os seguintes questionários estruturados: *Beck Anxiety Inventory* (BAI); *Hamilton Scale for Depression Evaluation* (HAM-D) e *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20).

O instrumento mais utilizado (cinco estudos) de todos, no entanto, foi o SRQ-20, que visa rastrear os Transtornos Mentais Menores (TMM), também conhecidos como Transtornos Mentais Comuns (TMC) ou Transtornos Psiquiátricos Menores (TPM). As prevalências encontradas de suspeição para TMM variaram entre 12% a 43,03%, alertando para o adoecimento mental dos trabalhadores rurais.

Os estudos sinalizaram vulnerabilidades econômica, psicosocial e ambiental, tais como: (i) pouco acesso aos serviços básicos de saúde e educação (Costa et al., 2014); (ii) problemas com o desemprego, ocasionado pela entressafra da cultura cafeeira (Lima et al., 2010), (iii) intoxicação por agrotóxicos e acidentes de trabalho (Faria et al., 2000), entre outras questões. De forma geral, a revisão realizada apontou que os trabalhadores rurais estão expostos a diversos fatores de risco que podem influenciar sua saúde mental.

### **Caracterização da pesquisa empírica**

Quanto aos aspectos sociodemográficos da amostra, os 59 participantes apresentaram média de idade de 35,8 anos, sendo a maioria composta por homens (71,2%). Destes, 83,1% são

casados ou possuem união estável/amasiado; 81,4% têm filhos; 64,4% são católicos; e 67,8% possuem ensino fundamental incompleto, ressaltando o fato de que 13,6% são analfabetos funcionais. Em relação à moradia, 76,3% dos participantes informaram morar na fazenda com a família; 96,6% declararam ter luz elétrica; 89,8% relataram dispor de água encanada; 52,5% afirmaram possuir poço artesiano ou semiartesiano; e 72,9% apontaram que a água que consomem não é tratada.

Quanto às características ocupacionais da amostra: 83,1% informaram renda individual de um a dois salários mínimos; 84,7% declararam renda familiar de um a dois salários mínimos; 74,6% possuíam registro em carteira conforme CLT; 45,8% relataram possuir até 5 anos de tempo de trabalho na fazenda; e 62,7% cumpriam jornada laboral de 44 horas semanais.

Em relação à prevalência do SRQ-20, obteve-se 16,9% de suspeição para TMM entre os participantes (Quadro 1).

71

<b>SRQ-20</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Suspeitos	10	16,9
Não suspeitos	49	83,1
<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>100,0</b>

*Quadro 1. Distribuição de frequência e porcentagem de suspeição para TMM pelo SRQ-20*

O SRQ-20, quando classificado por grupos sintomáticos, teve mais pontuados os seguintes itens: “sente-se nervoso, tenso ou preocupado” (45,8%), do agrupamento Humor Depressivo/Ansioso; “têm dores de cabeça frequentes” (39,0%), do agrupamento de Sintomas Somáticos; “disseram ter dificuldades em tomar decisões” (30,5%), do agrupamento Decréscimo de Energia Vital; “perderam o interesse pelas coisas” (11,9%), do agrupa-

mento Pensamentos Depressivos, ressaltando-se que 5,1% pensaram em dar fim à vida (Quadro 2).

Sintomas	Itens do SRQ-20	F	%
Humor Depressivo/Ansioso	Sente-se nervoso, tenso ou preocupado	27	45,8
	Assusta-se com facilidade	15	25,4
	Sente-se triste ultimamente	15	25,4
	Chora mais do que de costume	8	13,6
Sintomas Somáticos	Dores de cabeça frequentes	23	39,0
	Sente desconforto estomacal	14	23,7
	Tremores nas mãos	14	23,7
	Má digestão	10	16,9
	Dorme mal	7	11,9
	Falta de apetite	3	5,1
Decréscimo de Energia Vital	Dificuldade em tomar decisão	18	30,5
	Cansa-se com facilidade	13	22,0
	Dificuldade de pensar claramente	13	22,0
	Dificuldades de ter satisfação em suas tarefas	12	20,3
	Sente-se cansado todo o tempo	8	13,6
	O trabalho/ocupação traz sofrimento	3	5,1
Pensamentos Depressivos	Perdeu o interesse pelas coisas	7	11,9
	É difícil sentir-se útil /importante	6	10,2
	Sente-se inútil/sem importância	3	5,1
	Pensa em dar fim à vida	3	5,1

Quadro 2. Distribuição dos sintomas dos TMM para a população geral estudada

Foi realizada a comparação dos escores médios gerais do SRQ-20 em função das variáveis do QSDO (estado civil, escolaridade, existência de filhos, morar sozinho ou acompanhado na fazenda, renda individual e familiar, vínculo de trabalho formal, tempo de trabalho na fazenda e carga horária semanal), não sendo

encontrada diferença estatisticamente significativa entre eles. Entretanto observou-se que as mulheres ( $\mu=6,4$ ;  $DP\pm4,9$ ) apresentaram escore médio geral para o SRQ-20 significativamente mais elevado ( $p=0,007$ ), em comparação aos homens ( $\mu=2,6$ ;  $D.P.\pm2,8$ ), ficando muito próximas do escore médio de corte adotado ( $\geq7$ ) neste estudo para suspeição de TMM (Quadro 3).

<b>Sexo</b>	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>	<b>Sig</b>
SRQ-20 Escore Médio	2,6 ( $\pm2,8$ )	6,4 ( $\pm4,9$ )	0,007

*Quadro 3.* Teste t para comparação de médias de amostras independentes para sexo

## Discussão

A maioria dos participantes (67,8%) não concluiu o ensino fundamental, e 13,6% são analfabetos funcionais. Quanto à moradia, 72,9% têm água sem tratamento. Em relação à renda, 83,1% recebem individualmente de um a dois salários mínimos, e 84,7% têm renda familiar de um a dois salários mínimos. Esses resultados corroboram observações de Costa et al. (2014), que sinalizaram uma série de vulnerabilidades econômicas, psicosociais e ambientais, como pouco acesso aos serviços básicos de saúde e educação. A questão das distâncias territoriais, destacadas por Nogueira (2002) e Fontoura e Guimarães (2015), parece ser uma condição agravante para a precária atenção básica de saúde e educação, comum na área rural do país.

Em relação aos dados obtidos pelo questionário ocupacional, destaca-se que 45,8% têm até 5 anos de tempo de serviço na fazenda. Esses achados podem estar relacionados com as observações de Ribeiro (2014), quanto às mudanças nas relações de trabalho do pantaneiro a partir da modernização da pecuária, ocorridas na região do Pantanal, entre elas, a alta rotatividade

dos peões, que atualmente “perambulam” entre fazendas da região à procura de emprego.

Na presente investigação, os dados do SRQ-20 indicaram uma prevalência de 16,9% de TMM. Não foram encontrados estudos, na revisão de literatura, sobre a saúde mental em trabalhadores pantaneiros que permitissem comparações específicas; entretanto, quando relacionadas com estudos sobre populações rurais que também utilizaram o SRQ-20, observa-se que os achados do presente estudo foram mais elevados do que os 12% de TMM encontrados por Faker (2009) em cortadores de cana-de-açúcar. Já em relação a outros estudos, a prevalência de TMM em trabalhadores pantaneiros ficou abaixo, tais como na pesquisa realizada por Costa e Ludermir (2005), que encontraram 36% de TMM em trabalhadores rurais de cana-de-açúcar e/ou pequenos produtores; no estudo de Faria et al. (2000), que encontraram 36% de TMM em trabalhadores agrícolas de culturas diversificadas; nos achados por Costa (2015), que constatou 40% de TMM nos trabalhadores migrantes que laboram na colheita manual da cana-de-açúcar; e na pesquisa de Costa et al. (2014), que identificaram 43,03% de TMM nas mulheres trabalhadoras rurais assentadas.

O SRQ-20, quando classificado por sintomas, teve como mais pontuados os seguintes itens: “sente-se nervoso tenso ou preocupado” (45,8%), do agrupamento Humor Depressivo e “têm dores de cabeça frequentes” (39,0%), do agrupamento de Sintomas Somáticos. Esses dados corroboram os achados de Costa et al. (2014), que também constataram como sintomas mais prevalentes o humor depressivo e os sintomas somáticos. Ainda sobre os resultados do agrupamento sintomático, salienta-se que 5,1% dos trabalhadores pantaneiros relataram “pensar em dar fim à vida”. Esses achados merecem atenção, uma vez que há indicativos de indivíduos que se encontram em uma situação de risco de adoecimento e até mesmo com ideação suicida.

Apesar do SRQ-20 ser um instrumento que investiga agravos mentais menos severos que não preenchem os critérios nosológicos para diagnóstico de depressão e/ou ansiedade, conforme o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV, 2002) e a Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento (CID-10, 1993), os dados encontrados nesta pesquisa apontam para um sério risco de adoecimento mental entre os trabalhadores pantaneiros pesquisados.

Comparando-se os escores médios gerais do SRQ-20 em função do QSDO, foi observado que as mulheres apresentaram escore médio geral significativamente mais elevado em comparação aos homens, estando esse resultado muito próximo do escore médio de corte para suspeição de TMM, como mencionado anteriormente. Na revisão de literatura realizada neste artigo, entre as pesquisas que investigaram a prevalência de TMM, a maior suspeição encontrada foi de 43,03% no estudo de Costa et al. (2014), que investigaram mulheres trabalhadoras rurais assentadas, sugerindo uma possível relação entre pobreza, violência de gênero, sobrecarga laboral e a ocorrência de TMM. Já a pesquisa de Cézar-Vaz, Bonow, e Silva (2015), apesar de não utilizar o SRQ-20, identificou, entre mulheres trabalhadoras agrícolas, 61% de transtornos mentais relacionados ao trabalho. Tais resultados, controlados por sexo, demonstram quão grandes são os desafios a serem superados para se alcançar objetivos mais amplos, como de promoção do trabalho decente, concretização da justiça social e dos direitos humanos fundamentais (Organização Internacional do Trabalho [OIT], 2013; Guimarães et al., 2015).

Necessidades básicas de acesso à água tratada, educação básica e renda digna são conquistas distantes para esses trabalhadores, revelando a precariedade do serviço público prestado pelo Estado a essa população. Não se pode deixar de notar também a relação contraditória entre o fator econômico e os processos de

trabalho que o sustentam, uma vez que uma das atividades mais importantes para o agronegócio brasileiro se mostrou incapaz de reverter parte da riqueza criada em melhores condições de trabalho e saúde para os trabalhadores envolvidos nesse processo.

Destaca-se por fim, que muito ainda deve ser feito para se atingir a totalidade das propostas da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, de promover a saúde por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades de gênero, geração, raça/cor, etnia e orientação sexual e religiosa, visando garantir o acesso aos serviços de saúde e alcançar a redução de riscos e agravos à saúde desses trabalhadores (Brasil, 2013).

### **Considerações Finais**

Na primeira etapa deste estudo, a revisão de literatura sobre saúde mental e trabalhador rural permitiu constatar a ausência de pesquisas com trabalhadores pantaneiros e proporcionou uma visão abrangente dos estudos pertinentes a essa temática, identificando o impacto social, econômico, familiar e laboral que os TM produzem na vida do indivíduo.

Na segunda etapa, os resultados obtidos nesta investigação indicaram uma prevalência de 16,9% de TMM. Quando agrupados por sintomas, os itens mais prevalentes foram: “sentir-se nervoso tenso ou preocupado” (45,8%), do agrupamento Humor Depressivo, e “têm dores de cabeça frequentes” (39,0%), do agrupamento de Sintomas Somáticos. Os casos suspeitos de TMM sugerem a existência de sofrimento psíquico, que pode desencadear, em curto ou médio prazo, transtornos psicológico-psiquiátricos. Além das reflexões sobre comparações entre prevalências de TMM entre trabalhadores rurais e urbanos, os dados encontrados sugerem o crescimento da prevalência desses transtornos entre os trabalhadores rurais.

Os achados do estudo ainda evidenciam precariedades sociais e ambientais relacionadas ao trabalho, como baixos salários, escolaridade e pouco acesso a tratamento de água. Essas situações corroboram o perfil obtido por algumas pesquisas com populações de áreas rurais do país, que identificaram vulnerabilidades socioeconômicas e ambientais.

Neste sentido, importante se faz que as instâncias e órgãos públicos responsáveis planejem e executem a assistência em área rural, viabilizando programas de promoção e intervenção, com o propósito de prevenir os riscos psicossociais, físicos e ergonômicos. Tais programas favorecem a saúde e o bem-estar físico e mental do trabalhador pantaneiro, uma vez que se sabe que a prevenção e tratamento são formas eficazes para minimizar gastos públicos e, principalmente, levar saúde às respectivas comunidades.

Entre as limitações deste estudo, destaca-se o fato de ser ele de corte transversal, o que não permitiu que as explicações das mudanças das variáveis fossem analisadas ao longo do tempo. Também deve ser reconhecido que a amostra está restrita somente a três fazendas da região de Aquidauana. Outra limitação foi não ter sido realizada a categorização das funções exercidas pelos empregados(as) nas fazendas, o que impediu comparações e análises aprofundadas dos diferentes cargos existentes no trabalho do pantaneiro, o que poderá ser feito em próximos estudos.

Sugere-se também que sejam feitas investigações objetivando a confirmação, ou não, dos casos suspeitos de TMM obtidos por meio de *screening*, realizando-se o diagnóstico clínico por psiquiatras, ou seja, utilizando-se o “*gold standard*” ou padrão-ouro para confirmação dos casos suspeitos. Postula-se também a realização de mais pesquisas com trabalhadores pantaneiros, na área da saúde mental, a fim de que se realizem comparações mais específicas.

## Referências

- Bárbaro, A. M., Robazzi, M. L. C. C., Pedrão, L. J., Cyrillo, R. M. Z., & Suazo, S. V. V. (2009). Transtornos Mentais relacionados ao trabalho: Revisão de literatura. *Revista Eletrônica de Saúde Mental Álcool e Drogas*, 5(2), 1-16. Disponível em <http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38695/41544>
- Barros, A. L. (1998). *Gente pantaneira, crônicas da sua história*. Rio de Janeiro: Lacerda Editora.
- Brasil. (2011). Ministério da Previdência Social. *Anuário Estatístico da Previdência Social/Ministério da Previdência Social, Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social*. Previdência Social. Brasília: MPS/DATAPREV. Disponível em <http://www.previdencia.gov.br/2015/01/estatisticas-anuario-estatistico-de-acidentes-do-trabalho-2013-ja-esta-disponivel-para-consultar/>
- Brasil. (2012). Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial União*. Brasília, DF. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- Brasil. (2013). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta*. Brasília: Ministério da Saúde.
- CID-10 (1993). *Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cézar-Vaz, M. R., Bonow, C. A., & Silva, M. R. S. (2015). Mental and physical symptoms of female rural workers: Relation between household and rural work. *Int J Environ Res Public Health*, 12(9), 11037-49. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26371018>

- Costa, P. F. F. (2015). *Invisibilidade nos verdes dos canaviais: Trabalho, migração e saúde mental* (Dissertação de Mestrado em Ciências, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil). Disponível em <http://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/17171>
- Costa, M. G. S. G., Dimenstein, M. D. B., & Leite, J. F. (2014). Condições de vida, gênero e saúde mental entre trabalhadoras rurais assentadas. *Estudos de Psicologia*, 19(2), 89-156. doi: 10.1590/S1413-294X2014000200007
- Costa, A. G., & Ludermir, A. B. (2005). Transtornos mentais e apoio social: estudos em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(1), 13-79. doi: 10.1590/S0102-311X2005000100009
- Dantas, M. (2000). *Pantanal: Use and conservation*. In: III Simpósio sobre recursos naturais e socioeconômicos do pantanal: Os desafios do no milênio. Corumbá, MS. Disponível em <http://www.cpap.embrapa.br/agencia/congresso/Socio/DANTAS-085.pdf>
- Dantas, G., Koplin, C., Mayer, M., Oliveira, F. A., & Hidalgo, M. P. L. (2011). Prevalência de Transtornos Mentais Menores e subdiagnósticos de sintomas depressivos em mulheres na atenção primária. *Rev. HCPA*, 31(4), 418-421. Disponível em <http://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/20281>
- DSM-IV. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Faker, J. N. (2009). *A cana nossa de cada dia: Saúde mental e qualidade de vida em trabalhadores rurais de uma usina de álcool e açúcar de Mato Grosso do Sul* (Dissertação de mestrado em Psicologia, Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, MS, Brasil). Disponível em <http://site.ucdb.br/public/md-dissertacoes/8075-a-cana-nossa-de-cada-dia-saude-mental-e-qualidade-de-vida-em-trabalhadores->

-rurais-de-uma-usina-de-alcool-e-acucar-de-mato-grosso--do-sul.pdf

- Faria, I. D. (2012). *Saúde mental e trabalho rural no processo de reestruturação produtiva de uma empresa do setor sucroalcooleiro em Minas Gerais – Brasil* (Dissertação de mestrado em Saúde Pública, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil). Disponível em <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/BUOS-998JYE>
- Faria, N. M. X., Facchini, L. A., Fassa, A. G., & Tomasi, E. (2000). Processo de produção rural e saúde na serra gaúcha: um estudo descritivo. *Cad. Saúde Pública*, 16(1), 115-128. doi: 10.1590/S0102-311X2000000100012

Fontoura, E. E., & Guimarães, L. A. M. (2015). A saúde do homem pantaneiro e as políticas públicas de saúde no Brasil: Uma questão de gênero? *Resumo Expandido II Colóquio de Gênero Feminino-Masculino; Meio Ambiente Internacional e Populações Vulneráveis: Exclusão social, direitos humanos e políticas públicas* (pp. 114-123). Campo Grande: UCDB.

80

Gonçalves, D. M. (2016). *Self Reporting Questionnaire (SRQ)*. In C. Gorenstein, Y. P. Wang, & I. Hungerbühler (Orgs.). *Instrumentos de avaliação em saúde mental* (pp. 82-86). Porto Alegre: Artmed.

Guimarães, L. A. M, Minari, M. R. T., & Soares Junior, R. C. (2015). Gênero e conflito trabalho-casa (família). In L. A. M. Guimarães, D. A. Camargo, & M. C. M. V. Silva, *Temas e pesquisas em saúde mental e trabalho* (pp. 173-194). Curitiba: CRV.

Guimarães, L. A. M., Oliveira, F. F., Silva, M. C. M. V., Camargo, D. A., Rigonatti, L. F., Carvalho, R. B. (2015). Saúde mental do trabalhador e contemporaneidade. In L. A. M. Guimarães, D. A. Camargo, & M. C. M. V. Silva (Orgs.). *Temas e pesquisas em saúde mental e trabalho* (pp. 15-40). Curitiba, PR: CRV.

- Harding, T.W., De Arango, M. V., Baltazar, J., Climent, C. E., Ibrahim, H. H., Ladrido-Ignacio, L., Murthy, R. S., & Wig, N. N. (1980). Mental disorders in primary health care: a study of the frequency and diagnosis in four developing countries. *PsycholMed, 10*(2), 231-241. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7384326>
- Iacoponi, E., & Mari, J. J. (1988). Reliability and factor structure of the Portuguese version of self-reporting questionnaire. *International Journal of Social Psychiatry, 1*(3), 213-222. doi: 10.1177/002076408903500301.
- Jardim, S. R., Ramos, A., & Glina, D. M. R. (2010). Diagnóstico e nexo com trabalho. In: D. M. R. Glina, & L. E. Rocha (Orgs.). *Saúde mental no trabalho: Da teoria à prática* (pp. 49-80). São Paulo: Roca.
- Lima, P. J. P. (2014). *Avaliação da qualidade de vida e transtornos mentais comuns em residentes em áreas rurais* (Tese de doutorado em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil). Disponível em <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/312696>
- Lima, J., Rossini, S., & Reimão, R. (2010) Sleep disorders and quality of life of harvesters rural labourers, *Arq Neuropsiquiatria, 68*(3), 372-376.
- Lorenzzon, G. S. (2014). *Saúde mental e trabalho: Um estudo com agricultores orgânicos no sudoeste do Paraná* (Dissertação de mestrado em Desenvolvimento Regional, Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Pato Branco, PR, Brasil). Disponível em [http://repositorio.utfpr.edu.br/jspui/bitstream/1/863/1/PB\\_PPGDR\\_M\\_%20Lorenzzon%2c%20Gabriella%20Suzana\\_2014.pdf](http://repositorio.utfpr.edu.br/jspui/bitstream/1/863/1/PB_PPGDR_M_%20Lorenzzon%2c%20Gabriella%20Suzana_2014.pdf)
- Mari, J. J., & Williams, P. (1986). A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ- 20) in primary care in the city of São Paulo. *The British Journal of Psychiatry: the journal of mental science, 148*, 23-26. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3955316>

- Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento. (2011). *Bovinos e bubalinos*. Disponível em <http://www.agricultura.gov.br/animal/especies/bovinos-e-bubalinos>
- Nogueira, A. X. (2002). *Pantanal homem e cultura*. Campo Grande, MS: Ed UFMS.
- Organização Internacional do Trabalho (OIT). (2013). *A prevenção doenças profissionais: 2 milhões de trabalhadores morrem por ano*. Genebra. Disponível em [http://www.ilo.org/public/portugue/region/eurpro/lisbon/pdf/safeday2013\\_relatorio.pdf](http://www.ilo.org/public/portugue/region/eurpro/lisbon/pdf/safeday2013_relatorio.pdf)
- Organização Mundial da Saúde. (2001). Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. *Doenças relacionadas ao trabalho: Manual de procedimentos para os serviços de saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde do Brasil. Disponível em <http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/manuais/seguranca%20e%20saude%20no%20trabalho/Saudedotrabalhador.pdf>
- Organização Mundial da Saúde (OMS) (2013). *Plano de Ação para a Saúde Mental 2013-2020*. Geneva, Switzerland. Recuperado de [http://www.who.int/mental\\_health/publications/action\\_plan/en/](http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/)
- Ribeiro, M. A. S. (2014). *Entre os ciclos de cheia e vazante a gente do pantanal produz e revela geografias* (Tese de doutorado em Geografia, Instituto de Geociências da UNICAMP, Campinas, SP, Brasil). Disponível em <http://repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/286614>
- Rosenberg, B. (1994). O consumo de calmantes e o “problema de nervos” entre lavradores. *Revista de Saúde Pública*, 28(4), 300-308. doi: 10.1590/S0034-89101994000400010
- Silva, J. S. V., & Abdon, M. M. (1998). Delimitação do pantanal brasileiro e suas sub-regiões. *Pesquisa agropecuária*, 33(10), 1703-1711. Disponível em <http://seer.sct.embrapa.br/index.php/pab/article/view/5050>

## Capítulo III

# *Saúde da Mulher Pantaneira: Um “Toque de Vida” para a Prevenção do Câncer de Mama*

*Flaviany Aparecida Piccoli Fontoura*

*Luciane Pinho de Almeida*

*Eduardo Espindola Fontoura Júnior*

*Liliana Andolpho Magalhães Guimarães*

### Introdução

83

*Uma gota de água poderosa basta para  
criar um mundo e para dissolver a noite.  
Para sonhar o poder, necessita-se apenas  
de uma gota imaginada em profundida-  
de. A água assim dinamizada é um em-  
brião; dá à vida um impulso inesgotável.  
(Bachelard, 2002, p. 10).*

Este estudo relata uma experiência de trabalho em campo, desenvolvida com mulheres pantaneiras residentes em uma na Fazenda, localizada no município de Aquidauana, considerado o portal do Pantanal, no estado do Mato Grosso do Sul e identificado como Pantanal Negro-Aquidauana. Para o desenvolvimento deste trabalho, foram realizadas várias atividades, como proce-

dimentos e orientações com relação à prevenção ao câncer de mama, no âmbito da saúde da mulher.

A inserção nesse campo de pesquisa foi possível por meio do projeto “Saúde mental, qualidade de vida e trabalho do pantaneiro”, subprojeto “Saúde do homem e da mulher pantaneira”, desenvolvido pelo grupo de estudos e pesquisas Laboratório de Saúde Mental e Qualidade de Vida do Trabalhador – UCDB/CNPq –, coordenado pela Profa. Dra. Liliana Andolpho Magalhães Guimarães.

Neste relato daremos atenção especial às atividades de orientação quanto à importância da realização do autoexame das mamas (AEM) e o exame clínico das mamas (ECM) como estratégias de prevenção e diagnóstico precoce da doença.

### **Saúde da Mulher e o Câncer de Mama**

84

A partir do século XX, a atenção à saúde da mulher passou a fazer parte das políticas públicas de saúde no Brasil. Nas primeiras décadas as concepções eram restritas e abordavam apenas aspectos da biologia e anatomia do corpo feminino. Em meados da década de 1980, foram incorporadas ações de caráter integral à saúde da mulher e, na atualidade, o conceito de saúde da mulher é amplo, contemplando os direitos humanos e a cidadania como necessidades de atenção. Desse modo, faz-se importante também a compreensão do “[...] processo de socialização de valores e a maneira com que estes determinam os comportamentos das mulheres em torno do cuidado com a saúde e com assistência às enfermidades [...]” (Oliveira, 1999, p. 73).

Nesse sentido, qualquer discussão a respeito da saúde da mulher deve orientar-se pela compreensão de que a saúde está associada à vida cotidiana da pessoa, na qual está incluída a existência de trabalho, moradia, educação, alimentação, relações sociais entre outras questões e, assim, deve perpassar como di-

reito a uma vida digna. Situamos, portanto, a pessoa como um sujeito social, ativo, histórico e portador de direitos.

Por outro lado, há de se compreender que o direito à saúde, perpassa conquistas efetuadas pelos movimentos sociais, das quais podemos citar, entre outros, o direito à vacinação. Desse modo, na luta para o reconhecimento das necessidades de saúde da mulher para além das funções reprodutivas, a partir da década de 1980, diante da crescente preocupação com a saúde e o bem-estar de mulheres em países em desenvolvimento, os organismos internacionais passaram a incentivar os países a desenvolverem políticas adequadas para a atenção integral à saúde da mulher.

No Brasil, os movimentos sociais, particularmente, os movimentos de mulheres, atuam para que o Sistema Único de Saúde conte com a atenção integral à saúde da mulher em consonância com os princípios de igualdade, equidade e universalidade que o formam. Portanto, em 1983, o Ministério da Saúde criou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, momento em que a perspectiva de gênero começou a ser incorporada na prática da gestão e da atenção à saúde das mulheres. Assim, com a implantação e implementação desse programa e a atuação do movimento feminista, a mulher passou a ser percebida como sujeito de direitos, ultrapassando as questões reprodutivas, estabelecendo a promoção da autonomia das mulheres nas decisões aos seus próprios corpos e à sua saúde (Ferreira, 2013).

Foi somente em 2004, no entanto, que foi realizada a primeira Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, a qual estabeleceu diretrizes que compõem o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, a cargo da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, vinculada à Presidência da República. As discussões dessa Conferência acerca da saúde sexual e reprodutiva contribuíram para a elaboração da Política Nacional de Atenção

Integral à Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde (PNAISM/MS). Nos debates, concluiu-se que um dos principais desafios a ser enfrentado por essas políticas era contemplar a diversidade sociocultural, econômica e epidemiológica que caracteriza o universo feminino brasileiro (Brasil, 2004, 2006, 2011).

Assim, no âmbito da política de atenção integral à saúde da mulher, está compreendido o conjunto de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção à saúde (da básica à alta complexidade), tendo, como um de seus objetivos específicos, a redução da morbimortalidade por câncer na população feminina, organizando, nos municípios brasileiros, polos de referência e contrarreferência para o diagnóstico e o tratamento de câncer de colo uterino e de mama.

O câncer de mama é um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo, pois é o segundo tipo de câncer mais frequente entre as mulheres, tanto em países desenvolvidos, quanto em desenvolvimento. Cerca de 1,67 milhões de casos novos dessa neoplasia foram esperados para o ano de 2012, em todo o mundo, o que representa 25,0% de todos os tipos de câncer diagnosticados nas mulheres, sendo que, na população mundial, a sobrevida média após cinco anos é de 61,0% (Instituto nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva [INCA], 2015).

No Brasil, as taxas de mortalidade por câncer de mama são elevadas, os números, segundo o Sistema de Informação de Mortalidade, em 2011, foram de 13.345, sendo 120 homens e 13.225 mulheres, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estágios avançados. Mesmo com as altas taxas de incidência e mortalidade, as medidas necessárias à prevenção, ao diagnóstico e ao controle da doença não têm sofrido o mesmo crescimento (INCA, 2015).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, nas décadas de 1960 e 1970, registrou-se um aumento, em 10 vezes, nas taxas de incidência ajustadas por idade nos Registros de Câncer de Base Populacional de diversos continentes. Os dados divulgados pelo INCA (2015) descrevem que, no Brasil, para 2016, foram esperados 57.960 casos novos de câncer de mama no Brasil, com risco estimado de 56,20 casos a cada 100 mil mulheres. Em 2014, no município de Aquidauana, MS, foram diagnosticados 770 casos.

A etiologia do câncer de mama é multifatorial e envolve fatores individuais, ambientais, reprodutivos, hormonais e genéticos. Entre os principais fatores, estão: envelhecimento, fatores relacionados à vida reprodutiva da mulher, história familiar de câncer de mama, consumo de álcool, excesso de peso, sedentarismo, exposição à radiação ionizante e alta densidade do tecido mamário - razão entre o tecido glandular e o tecido adiposo da mama (INCA, 2015).

O câncer de mama é um campo promissor para pesquisas e intervenções, partindo da prevenção primária. Cerca de 30% dos casos dessa neoplasia podem ser evitados por medidas como uma alimentação saudável, prática de atividade física regular e manutenção do peso ideal (INCA, 2015).

O Ministério da Saúde, em parceria com o INCA, destaca três medidas fundamentais para detectar precocemente as alterações desse tipo de neoplasia. São elas: o AEM, realizado mensalmente pela própria mulher; o ECM, realizado por médicos e enfermeiros, anualmente, em todas as mulheres, especialmente naquelas com 35 anos ou mais de idade; e a mamografia, a que, idealmente, toda mulher com idade igual ou superior a 40 anos deveria se submeter anualmente (Brasil, 2013; Moura & Nogueira, 2001).

Essa parceria também ampliou nos últimos três anos, a estratégia de a população feminina e os profissionais de saúde "esta-

rem alertas" (*awareness*). Os pontos relevantes da estratégia de comunicação estabelecida recomendam que todas as mulheres conheçam os principais fatores de risco para o câncer de mama, a idade de maior ocorrência e os sinais e sintomas mais frequentes. As mulheres são orientadas a procurar os serviços de saúde, caso identifiquem sinais e sintomas da doença (INCA, s.d.).

O câncer de mama está relacionado ao processo de urbanização da sociedade, evidenciando-se um maior risco de adoecimento entre mulheres com elevado *status socioeconômico*. Ele é mais comum nas mulheres que vivem nas grandes cidades do que nas que vivem em áreas rurais. No entanto as mulheres das áreas rurais não podem ser esquecidas, pois também são atingidas.

Muitos tipos de câncer podem ser prevenidos com adesão de hábitos de vida saudáveis e políticas públicas que incluem: educação em saúde em todos os níveis da sociedade, promoção e prevenção orientadas a indivíduos e grupos (não esquecendo da ênfase em ambientes de trabalho e nas escolas), geração de opinião pública, apoio e estímulo à formulação de leis que permitam monitorar a ocorrência de casos. Para o sucesso dessas ações, é necessário ter como base as propostas em informações oportunas e de qualidade (consolidadas, atualizadas e representativas) e análises epidemiológicas, a partir dos sistemas de informação e vigilância disponíveis (Brasil, 2013). A Ciência, ao longo dos anos, vem evoluindo por meio de investigações científicas acerca dessa doença, bem como com relação a melhorias em seu tratamento, oferecendo maiores possibilidades de cura e sobrevida ao paciente.

Diante do exposto e visto que o câncer de mama está entre as dez causas mortes da população feminina no Brasil, vislumbramos o anseio de disseminar orientações quanto às formas de prevenção e detecção precoce da doença entre mulheres pantaneiras no município de Aquidauana, MS.

## **Mulheres Pantaneiras e a Prevenção ao Câncer de Mama**

O estado do Mato Grosso do Sul, por sua característica econômica, social, ambiental, apresenta uma realidade social de grande diversidade populacional. Nesse cenário, destacamos a população pantaneira, por sua característica de população rural e principalmente pela sua singularidade. Sabemos que o Pantanal tem grande importância ambiental para o planeta, mas, muitas vezes, a população que vive no Pantanal é pouco lembrada em políticas públicas específicas, que atendam às suas singularidades (Proença, 1997).

De origem indígena, essa população conjuga espaços de culturas, histórias e vidas singulares, pois é um povo que vive da natureza, que congrega espaços de períodos de água e seca, desenvolvendo saber próprio e peculiar, compreendem que é a força do ciclo das águas responsável pela riqueza e vida no Pantanal. Desenvolvem um conhecimento próprio de sabedoria com relação ao território, o que conjuga cultura e histórias; desse modo, não podemos separar o território daquele que o percebe e que dá sentido à vida cotidiana. Por outro lado, sabemos que a imensa área territorial pantaneira apresenta distâncias, dificultando o acesso às demais regiões, muitas vezes impedindo que a prevenção à saúde possa atuar de forma mais efetiva e em total sintonia com a cultura do povo pantaneiro.

Inserida nesse universo culturalmente diferenciado, a mulher pantaneira se constitui com necessidades particulares de viabilidade de estratégias garantidas na política de saúde, mas que, no entanto, são pouco efetivadas na prática, embora as diretrizes do PNAISM/MS proponham o atendimento a todas as mulheres:

A Política de Atenção à Saúde da Mulher deverá atingir as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as espe-

cificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais (mulheres negras, indígenas, residentes em áreas urbanas e rurais, residentes em locais de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, de orientação homossexual, com deficiência, dentre outras). (Brasil, 2004, p. 63).

Assim, todas as mulheres devem ser atendidas, sem qualquer discriminação quanto ao grupo populacional ou à localização de sua residência. Portanto a superação das dificuldades que hoje impedem o acesso às propostas de promoção de saúde, provoca desafios para seus gestores, pois implicam a superação de desigualdades sociais existentes no que tange aos direitos básicos que envolvem a saúde da mulher.

Este texto tem como principal objetivo apresentar os resultados parciais do desenvolvimento do subprojeto “Saúde do homem e da mulher pantaneira”, que discute a ação de prevenção ao câncer de mama desenvolvida com mulheres pantaneiras de uma Fazenda no município de Aquidauana.

A população rural desse município, no ano de 2010, era de 9.688 pessoas, e para a assistência à saúde, conta atualmente com 15 equipes da Estratégia Saúde da Família, das quais duas equipes atendem a população rural. O plano municipal de saúde 2014-2017 contempla o fortalecimento e ampliação das ações de prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do câncer de mama e do colo de útero. Tem, como estratégia, o desenvolvimento de ações para sensibilizar a população quanto à importância da prevenção, aquisição de aparelhos de mamografia, aprimoramento ao trabalho de prevenção com busca ativa e diminuição do tempo de espera dos resultados dos exames. Embora essas ações já aconteçam por parte das Unidades de Saúde do município, nosso principal objetivo foi compreender como essas mulheres pensam e vivenciam a prevenção ao câncer.

cer de mama. Partimos, portanto, do entendimento das experiências dessas mulheres para melhor captar como elas vivenciam o processo de promoção e proteção de saúde, principalmente com relação à prevenção do câncer de mama.

Como recursos metodológicos, foram utilizados: diário de campo, observação direta e o formulário do projeto “Toque de Vida”, de prevenção contra o câncer de mama, criado em 2004 para promover o rastreamento por meio de Exame clínico de mama (ECM), como estratégia para melhorar a qualidade de assistência à saúde da mulher no Estado do Mato Grosso do Sul e, ainda, o diálogo estabelecido entre pesquisador e participante da pesquisa.

Desse modo, nosso trabalho constituiu-se da realização de consultas clínicas realizadas em três etapas: (i) coleta de dados de saúde geral e história ginecológica; (ii) a orientação dos passos do autoexame de mama enfatizando a importância da realização mensal deste; (iii) foi realizado o ECM utilizando a ficha do projeto “Toque de Vida”. Nos momentos em que foram realizados os procedimentos de cunho clínico, também houve uma aproximação da realidade dessas mulheres, e procurarmos compreender suas experiências de saúde a partir de suas vivências. Participaram da ação seis mulheres que se encontravam na sede da Fazenda. Destas, três, além de seus companheiros, também trabalham na Fazenda, desenvolvendo atividade produtiva e remunerada (serviços domésticos).

A ação teve início com a coleta de dados, por meio de conversa com as mulheres participantes sobre sua idade, cor, escolaridade e dados que pudessem indicar seu perfil. As participantes tinham entre 18 e 59 anos de idade, e duas delas possuíam menos de 40 anos, e quatro, acima de 41 anos. O câncer de mama comumente acomete mulheres na faixa etária de 45 a 65 anos, e sua curva de incidência se apresenta em dois picos, aos 50 e

aos 70 anos (INCA, 2009). Clagnan et al. (2008) e Skaba (2003) corroboram a informação de idade avançada como um fator de risco para a doença, muito embora o estudo realizado por Silva e Riul (2011), sobre os fatores de risco e detecção precoce do câncer de mama, detectaram a doença em pacientes de 30, 32 e 38 anos, correspondendo a 16,7% dos casos. Apesar de ser infrequente em mulheres jovens, estas necessitam de orientação e acompanhamento periódico.

Duas participantes se declararam de cor branca, e quatro, de cor parda, tinham ao menos o ensino fundamental incompleto. Matos, Peloso, e Carvalho (2011) concluem que a escolaridade é um dos fatores que influencia positivamente as práticas de prevenção. Especificamente nesta experiência com mulheres pantaneiras, vale ressaltar que há barreiras de ordem econômica, social e cultural, principalmente relacionadas à baixa escolaridade, o que interfere negativamente nos cuidados relacionados à prevenção do câncer de mama, decorrente do nível precário de conhecimento sobre a doença e seu diagnóstico precoce. No cenário das fazendas do pantanal, muitas vezes, não é necessário apenas oferecer serviços na linha desse cuidado, mas promover o acesso das usuárias aos serviços de saúde, visto que as longas distâncias são um dificultador. A atitude e postura de algumas mulheres, decorrentes da baixa escolaridade, requer a utilização de estratégias como atividades de educação em saúde para a desmistificação da doença e do medo, a busca ativa de mulheres na faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde e a implantação de um sistema organizado de rastreamento das populações do campo, a qualidade das informações diversificadas sobre o câncer de mama deve ser ampliada para além do autoexame das mamas, com o desenvolvimento de ações individuais, coletivas e multiprofissionais que também atendam, de forma efetiva, as mulheres que vivem na zona rural.

Foram coletados, também, dados referentes à saúde geral, tais como pressão arterial, glicemia, pulso, saturação, dados antropométricos (peso, altura e circunferência abdominal) e cálculo do índice de massa corpórea. Em relação à glicemia, pulso, saturação não houve alterações, porém uma das participantes apresentou obesidade leve e cinco apresentaram alteração da pressão arterial. A obesidade é referida pelo INCA como fator de risco para o câncer de mama (Silva & Riul, 2011; Vasconcelos, Mendonça, & Sichieri, 2001).

Quanto à alteração da pressão arterial, as mulheres foram orientadas a verificar a pressão no período de 7 dias, pela manhã e à tarde, e anotar em uma tabela fornecida pelos pesquisadores, caso permanecesse alterada foram orientadas a procurar assistência médica na cidade. Também foram orientadas quanto aos fatores de risco, tais como a ingesta excessiva de sal, de gorduras, uso do tabaco, vida sedentária, estresse e ansiedade. Ao contrário do que alguns possam imaginar, a vida no campo não reduz a influência do estresse e da ansiedade como fatores de risco da hipertensão. Poucas informações estão disponíveis na literatura sobre os valores de pressão sistólica e diastólica relacionadas à hipertensão arterial em populações rurais no Brasil. Geralmente, esses dados são incluídos junto com aqueles da população global. Dessa forma, faz-se necessário que eles sejam determinados separadamente em razão das diversidades de qualidade de vida entre as populações urbana e rural.

Numa segunda etapa, as mulheres foram atendidas individualmente, quando se realizou a coleta de dados da história ginecológica, orientações sobre o Autoexame de mama (AEM) e o Exame clínico da mama (ECM).

Quanto à história ginecológica, a menarca (primeiro fluxo menstrual) das participantes ocorreu entre 12 e 13 anos de idade. Atualmente, nos países ocidentais, a menarca tem seu início

antes dos 13 anos e, com essa precocidade da primeira menstruação, o risco para câncer de mama é de 10,0% a 30,0% maior em comparação com meninas que tiveram a menarca em períodos mais tardios. Duas apresentaram-se no climatério (período que precede o término da vida reprodutiva da mulher, marcado por alterações somáticas e psíquicas e que se encerra na menopausa) e apenas uma participante era nulípara (mulher que nunca teve filhos). A menopausa tardia e a nuliparidade são consideradas determinantes para a doença (Bellini, Santos, & Oselame, 2013; Matos et al., 2011).

A amamentação, considerada como fator protetor quando praticada no mínimo por seis meses, foi relatada por quatro mulheres. O uso de contraceptivos orais esteve presente no relato de todas as participantes, variando de um ano a três anos de uso, e a terapia de reposição hormonal foi utilizada por duas mulheres. Segundo Silva e Riul (2011), a relação do câncer de mama e contraceptivos orais apresenta divergência na literatura e, quanto à terapia de reposição hormonal, o risco/benefício deve ser analisado.

Com relação à história familiar, apenas uma possuía parente de primeiro grau com câncer de mama, sendo que a única resposta “sim” correspondia a uma irmã com câncer de mama antes dos 40 anos de idade. A literatura apresenta dados que confirmam o risco aumentado em duas a três vezes, quando a mulher possui mãe ou irmã com a doença, sendo que, se forem ambas, o risco aumenta mais, principalmente se for diagnosticado em idade precoce (Brasil, 2013).

O controle dessa doença se dá pela detecção precoce, sendo o AEM recomendado pelo INCA, que seja realizado pela própria mulher, como parte das ações da educação para a saúde que contemplam o conhecimento do próprio corpo, enfatizando-se que o AEM não deve ser substituído, pois ele detecta a doença em

estágio adiantado, sendo responsável por cerca de 80% das descobertas de cânceres de mama (Brasil, 2013).

O AEM não tem efeito adverso e possibilita a participação da mulher no controle de sua saúde, devendo ser realizado mensalmente, entre o sétimo e o décimo dia após a menstruação, nos quais as mamas encontram-se indolores, menores e menos consistentes. Quanto à prática do AEM, as mulheres relataram que o conhecem, mas não o realizam mensalmente; porém nenhuma delas realiza todas as etapas corretamente, apresentando falta de conhecimento quanto à área que deve ser inspecionada, como as regiões do pescoço e axilar. Ficou evidente que há uma necessidade de maior informação passo a passo, de forma clara e concisa, à população feminina, sobre a realização do AEM, que constitui uma forma de cuidado de si e de engajamento nas ações de saúde, visto ser desenvolvido pela própria pessoa em seu próprio benefício.

A informação é um instrumento fundamental para a conscientização da população feminina, tanto acerca da doença como de sua detecção precoce. Essas informações podem ser disseminadas de maneiras distintas, dentre elas, os meios de comunicação. Ressalta-se que, apesar do grande poder de disseminação que os meios de comunicação possuem, a simples transmissão da informação não garante sua adequada assimilação por parte da população, tornando-se imprescindível a presença dos profissionais de saúde, para que estes possam fornecer à população informações adequadas que garantam a prevenção e promoção da saúde. Ações educativas devem ser desenvolvidas por meio do ensinamento da palpação das mamas pela própria mulher, como estratégia de cuidado com seu corpo.

Em caso de climatério, histerectomia e amamentação, quando há ausência de menstruação, o exame deve ser realizado mensalmente, sempre no mesmo dia, escolhido conforme con-

veniência. As mulheres foram esclarecidas quanto às fragilidades de realizar somente o AEM, enfatizando a necessidade de consulta com profissionais de saúde para a efetivação do ECM e mamografia regularmente, afim de evitar insegurança e impacto psicológico nos exames falso-positivos (Silva & Riul, 2011).

Para complementar o atendimento às mulheres pantaneiras, foi realizado o ECM, que faz parte do atendimento integral à mulher e que deve ser inserido no exame físico e ginecológico, independente da faixa etária, servindo de subsídio para exames complementares. Sua realização dever ser anual em mulheres acima dos 40 anos segundo preconiza o INCA. Ao ECM não foram observadas alterações. As participantes também relataram que esse procedimento é realizado pelo profissional de saúde dos serviços de saúde da Estratégia Saúde da Família, junto com o exame citopatológico. Contudo não se submetiam ao ECM conforme a periodicidade preconizada pelo Ministério da Saúde, alegando motivos como a dificuldade de acesso devido às longas distâncias da região pantaneira, tempo de espera para o agendamento do exame, associado ao transporte deficitário da região, bem como os retornos para consulta e entrega dos resultados.

Como já explicitado, os problemas citados pelas participantes são recorrentes na região do campo, compreendendo também o Pantanal, e comprometem o direito à saúde dessa população que fica desassistida, questão que deve ser discutida por influenciar nas possibilidades de prevenção, tratamento e cura de doenças. Desse modo, há necessidade de o Estado garantir, por meio das políticas públicas de saúde da mulher e das populações do campo e da floresta, a implementação das ações de prevenção e promoção, para propiciar o direito ao acesso aos serviços de saúde pela população residente na zona rural.

## Considerações Finais

Durante a ação desenvolvida com as mulheres pantaneiras sobre as práticas de cuidado relativas à prevenção de detecção precoce do câncer de mama, por meio do AEM e ECM, foi possível perceber a importância da informação direcionada a essas mulheres, respeitando sua cultura, ao mesmo tempo realizando orientações adequadas.

Essas medidas devem estar ao alcance de todas as mulheres, independentemente de sua classe socioeconômica ou a localização do domicílio. Além das mudanças internas que podem ocorrer com a conscientização das mulheres sobre a importância dessas medidas preventivas, estas também devem ocorrer externamente, oferecendo-lhes, de maneira igualitária, oportunidades de diagnóstico precoce, na faixa etária de maior risco de desenvolvimento do câncer de mama.

Conclui-se que atividades como as realizadas neste projeto incentivam as mulheres ao autoconhecimento, à prevenção do câncer de mama e proporcionam promoção de saúde nas regiões de difícil acesso, favorecendo um aprendizado mútuo para seus participantes.

97

## Referências

- Bachelard, G. (2002). *A água e os sonhos: Ensaio sobre a imaginação da matéria*. São Paulo: M. Fontes. (Coleção tópicos).
- Bellini, V. B. S., Santos, C., & Oselame, G. B. (2013). Fatores de risco e de proteção para câncer de mama na mulher. *Revista UniAndrade*, 14(1), 45-64. Disponível em <http://www.unianrade.br/revistauniandrade/index.php/revistauniandrade/article/view/56/46>
- Brasil. (2004). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política nacional de atenção integral à saúde da mu-*

- lher: Princípios e diretrizes. Brasília, DF: Ministério da Saúde. (Série C. Projetos, programas e relatórios). Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacao\\_atencao\\_mulher.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacao_atencao_mulher.pdf)
- Brasil. (2006). Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *Plano nacional de políticas para as mulheres*. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnmpm\\_compacta.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnmpm_compacta.pdf)
- Brasil. (2011). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: Princípios e diretrizes*. 2. reimpr. Brasília, DF: Ministério da Saúde. (Série C. Projetos, programas e relatórios). Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_mulher\\_principios\\_diretrizes.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf)
- Brasil. (2013). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Controle dos cânceres do colo do útero e da mama*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13). Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle\\_canceres\\_colo\\_uterino\\_2013.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_canceres_colo_uterino_2013.pdf)
- Clagnan, W. S. et al. (2008). Idade como fator independente de prognóstico no câncer de mama. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 30(2), 67-74. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v30n2/04.pdf>
- Ferreira, L. O. (2013). Saúde e relações de gênero: uma reflexão sobre os desafios para a implantação de políticas públicas de atenção à saúde da mulher indígena. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(4), 1151-1159. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n4/28.pdf>
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. (2009). *Estimativa 2010: Incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estimativa\\_2010\\_incidencia\\_cancer.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estimativa_2010_incidencia_cancer.pdf)

- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. (2015). *Estimativa 2016: Incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro. Disponível em <http://www.inca.gov.br/wcm/dncc/2015/estimativa-2016.asp>
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. (s.d.). *Tipos de câncer: Mama*. Rio de Janeiro. Disponível em <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama>
- Matos, J. C., Pelloso, S. M., & Carvalho, M. D. B. (2011). Fatores associados à realização da prevenção secundária do câncer de mama no Município de Maringá, Paraná, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(5), 888-898. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n5/07.pdf>
- Moura, E. R. F., & Nogueira, R. A. (2001). Atuação de enfermeiras nas ações de controle do câncer de mama em oito unidades de saúde do Ceará, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 1(3), 269-274. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v1n3/v1n3a08.pdf>
- Oliveira, E. M. (1999). *A mulher, a sexualidade e o trabalho*. São Paulo: Hucitec.
- Proença, A. C. (1997). *Pantanal: Gente, tradição e história*. 3. ed. Campo Grande, MS: Ed. UFMS.
- Silva, P. A., & Riul, S. S. (2011). Câncer de mama: Fatores de risco e detecção precoce. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(6), 1016-1021. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n6/v64n6a05.pdf>
- Skaba, M. M. V. F. (2003). *Compreendendo a trajetória de mulheres em busca do diagnóstico e tratamento do câncer de mama: Uma perspectiva sócio-antropológica* (Tese de doutorado em Ciências, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil). Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/marciaskabatese.pdf>

Vasconcelos, A. B., Mendonça, G. A. S., & Sichieri, R. (2001). Height, weight, weight change and risk of breast cancer in Rio de Janeiro, Brazil. *São Paulo Medical Journal*, 119(2), 62-66. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/spmj/v119n2/4122.pdf>

## Capítulo IV

# *Suspeição de Câncer Prostático em Peões Pantaneiros de Aquidauana, Mato Grosso do Sul, Brasil*

*Eduardo Espíndola Fontoura Junior  
Liliana Andolpho Magalhães Guimarães*

### Introdução

O Pantanal sul-mato-grossense é uma das mais belas planícies inundadas do planeta, apresenta uma grande diversidade de fauna e flora, como parte de sua paisagem possui o segundo maior rebanho bovino do Brasil, tendo como principal atividade econômica a pecuária de corte (Lima & Souza, 2012). É nesse contexto que está inserido o peão pantaneiro, trabalhador que lida com o gado, experiente, que se identifica com o universo da vida campeira do Pantanal e por ele tem profundo sentimento de pertencimento (Zanata, 2015).

O homem pantaneiro exerce o seu trabalho numa região de difícil acesso, cujos obstáculos naturais e a grande extensão de terra constituem dificuldades para que esse homem tenha acesso aos serviços de saúde. Estudos atuais destacam que a população masculina está com o seu estado de saúde comprometido, tornando-a mais vulnerável às doenças, em especial as graves e crônicas, situação que contribui para a morte precoce (Herrmann et al., 2016; Silveira, Melo, & Barreto, 2017).

Entre as doenças que acometem o homem, o câncer (CA) é uma das mais graves e uma das principais causadoras de morbimortalidade em todo o mundo. Uma estimativa realizada, em 2012, pela *International Agency for Research on Cancer* (IARC) aponta que, até 2025, haverá, aproximadamente, 14 milhões de casos novos, 8,2 milhões de mortes, com mais de 60% dos casos ocorridos nos países em desenvolvimento (Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva [INCA], 2015b).

Entre os principais tipos de CA diagnosticados no homem, o câncer de próstata (CP) é o segundo tipo de CA, em incidência, no mundo, perdendo apenas para o CA de pele (não melanoma). Com relação à incidência de câncer em homens e mulheres, o CP ocupa o quarto lugar. Essas são razões suficientes para que seja considerado um problema de saúde pública (INCA, 2015b).

O CP tem maior incidência entre os homens brasileiros, com 64.683 (26,8%) casos, de 2007 a 2011 (INCA, 2015a, 2015b), e classificou-se como o segundo em causas de morte também no Brasil (INCA, 2015a). Representa uma doença grave, cujo risco é de 70,42 casos novos a cada 100 mil homens, caracterizando-se como responsável por 20,0% dos óbitos no país, impactando a saúde da população masculina (INCA, 2014a).

Em 2013, foram registrados 13.772 óbitos ocorridos por causa da doença. A faixa etária mais atingida foi a de 45 a 49 anos, contudo 73,4% dos casos concentraram-se entre 60 a 79 anos, no período entre 2007 e 2011 (Herrmann et al., 2016; INCA, 2014a, 2015b). A faixa etária entre 30 a 49 anos apresentou prevalência de 2,8% dos casos com diagnóstico de CP, resultado considerado relevante, tendo em vista se tratar de uma população relativamente jovem (INCA, 2015b). Registre-se, por fim, que, no ano de 2017, houve uma estimativa de 61.200 novos casos de CP, no Brasil, com 13.772 mortes pela mesma patologia (INCA, 2017).

São muitos os problemas e os desafios que os homens brasileiros enfrentam para cuidar da saúde, contudo dois se destacam: (i) o preconceito e (ii) a dificuldade de acesso aos sistemas de saúde. Dos casos diagnosticados, aproximadamente 70,0% vêm encaminhados ao serviço especializado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), 10,0% por outros serviços (não do SUS) e 5,0% pelo interesse do próprio homem (Herrmann et al., 2016). Tal cenário evidencia a necessidade de orientação, prevenção e acessibilidade. Só recentemente as discussões acerca da saúde do homem tornaram-se mais constantes, graças a um avanço - moroso e gradual - das reflexões que alcançaram o sexo masculino como protagonista dessa importante questão ligada à saúde; a partir de estudos realizados, foi possível identificar uma maior morbimortalidade de homens, dando visibilidade às necessidades específicas dessa população. Diante desse panorama, o Ministério da Saúde brasileiro criou a *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem*, o PNAISH, em 2009, com vistas a promover ações de saúde expressivas para atender às peculiaridades da realidade masculina, em especial, ações educativas (Brasil, 2009).

“Ser homem” ainda carrega uma ideia estereotipada de invulnerabilidade, força e virilidade; essa forma de conceber a masculinidade tem como consequência a desvalorização do autocuidado (Martins et al., 2013). Os homens buscam os serviços de saúde somente quando um problema já está instalado, perpetuando a visão curativa do processo saúde-doença e ignorando as medidas de prevenção e promoção da saúde, disponíveis no âmbito da Atenção Básica (Brasil, 2009). Com relação às representações sociais da doença para o homem do campo, estas diferem ainda mais em relação ao homem urbano, por causa da timidez que caracteriza esse sujeito e consequente dificuldade em abordar temas que são considerados tabus, a exemplo deste

ora tratado neste artigo. Ainda que o Brasil rural faça uso da alta tecnologia, a questão da saúde e educação não tem acompanhando esse avanço (Buainaim, Alves, Silveira, & Navarro, 2013).

Frente a essa realidade, o peão pantaneiro é um trabalhador que enfrenta, diferentemente do homem urbano, as barreiras impostas pela geografia e a carência de políticas públicas de saúde. Esse homem vive distante e isolado, convive com os obstáculos impostos pela natureza, evidenciados pela dificuldade de acesso, problema que repercute nos cuidados com sua saúde (Nogueira, 2009). Além dessas adversidades, esse trabalhador expõe-se a riscos de saúde inerentes à profissão, ao ambiente laboral e às doenças, entre as mais graves, os vários tipos de CA, especialmente o de próstata. A idade, história familiar de CA e etnia/cor da pele são os maiores fatores de risco identificados para o CP (INCA, 2014b).

104

Os riscos de saúde ocupacional são conceituados como aqueles diretamente ligados aos fatores físicos, químicos e biológicos do meio ambiente aos quais as pessoas estão expostas de forma passiva e, frequentemente, estão relacionados ao seu comportamento (World Health Organization [WHO], 2011). O CA é uma doença multifatorial decorrente de efeito combinado entre genética e exposição ambiental que agem simultânea e sequencialmente (Chagas, Guimarães, & Boccolini, 2013). A influência do ambiente pode ser observada em todo o mundo. Compare-se, por exemplo, as altas taxas de CP e as baixas taxas de CA de estômago (CE) da população dos Estados Unidos em relação aos asiáticos, que possuem baixas taxas de CP e altas taxas de CE. Além disso, estilo de vida, dieta, exercício físico e excesso de peso são fatores relacionados ao comportamento dos indivíduos (U.S. Department of Health and Human Services, 2003).

Pesquisadores têm se preocupado com a questão dos riscos ocupacionais ou ambientais que podem causar o CA. Em um es-

tudo com agricultores canadenses, foram encontrados fatores associados entre o CP em jovens e adultos e a agropecuária. A ocorrência de CP foi de 80,0% nos proprietários de fazendas e trabalhadores rurais, em relação aos 10,0% de outras categorias profissionais (Van der Gulden & Vogelzang, 1996). Carey et al. (2014) são autores de um estudo epidemiológico com 5.023 homens australianos; dentre os achados, 1.879 (37,6%) estavam expostos a, pelo menos, um agente cancerígeno em seu trabalho. A categoria dos agropecuaristas, relacionada ao CP, esteve associada à queima da madeira, aos raios ultravioleta e ao diesel. Já em um inquérito populacional em 11.982 domicílios (Sharma et al., 2016), na região rural do Canadá, foram aplicados questionários com informações acerca dos determinantes individuais e contextuais de uma população rural de 2.938 homens com mais de 45 anos. O fato de residirem em fazendas e serem agropecuaristas apresentou-se como um fator de risco significativo associado à prevalência de CP (Nurminen & Karjalainen, 2001). Porém há pesquisas realizadas nos Estados Unidos, Canadá e Finlândia que encontraram comprovação e associação significativa entre o CP, trabalhadores agrícolas e o uso de agrotóxicos (inseticidas, fungicidas, herbicidas e outros); de maneira geral, trata-se de estudos de coorte, epidemiológicos, revisões da literatura, entre outros (Nurminen & Karjalainen, 2001; Sharma et al., 2016; Burns et al., 2011).

Um aspecto que merece ser destacado é o uso mais frequente de agrotóxicos, no Pantanal, o que representa um grande potencial nocivo para a saúde humana (material cancerígeno) e ambiente, dado que os pesticidas contaminam a fauna, flora, água, solo e também o homem, principalmente por exposição ocupacional (Nogueira, 2009; Sousa Junior, 2010). Os agrotóxicos estão sendo utilizados maciçamente, nas extensas plantações do agronegócio, sobretudo nas monoculturas de soja, milho e,

também, em larga escala, na cadeia produtiva da cana-de-açúcar, contaminando, desse modo, o Pantanal brasileiro, um dos ecossistemas mais ricos do mundo, localizado nos estados de Mato Grosso do Sul e Mato Grosso, tombado pela Constituição Federal de 1988 como patrimônio nacional e, pelas Nações Unidas, como Reserva da Biosfera. A situação do Pantanal e seus habitantes é preocupante e requer uma vigilância constante, em seu território, por parte dos órgãos competentes (Cunha & Atanaka-Santos, 2011; Vieira & Galdino, 2005). Conforme afirma Sousa Junior (2010, p. 9):

Infelizmente, a maneira como a agricultura vem sendo praticada no planalto, em alguns casos, causa impactos bastante negativos porque ela tende a causar assoreamento dos rios. Há um carreamento muito grande de detritos sólidos por causa da compactação dos solos e do uso intensivo de pesticidas. Por exemplo, no Mato Grosso do Sul, temos o rio Taquari, que foi completamente assoreado, já perdeu a calha por conta disso.

106

Em virtude das afirmações descritas, enfatiza-se que o Pantanal deve ser preservado, bem como as pessoas que nele vivem, em especial o homem pantaneiro, que é considerado um guardião desse santuário ecológico. Por isso, pretende-se, neste estudo, dar visibilidade à questão da saúde do homem, preconizada pelo Ministério da Saúde, tendo por viés o câncer de próstata.

O presente estudo tem por objetivo descrever aspectos sociodemográficos, ocupacionais e de saúde do homem e verificar a existência de sintomas prostáticos em peões pantaneiros de fazendas do Pantanal de Aquidauana, MS.

## **Método**

### **Delineamento**

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, de corte transversal, quantitativo.

### **Participantes**

A amostra estudada foi composta por conveniência e contou com 65 homens, peões pantaneiros, trabalhadores que lidam com o gado, em seis fazendas da região do Pantanal de Aquidauana, MS, Brasil. Os critérios de inclusão consideraram peões maiores de 18 anos e aqueles que aceitaram participar.

### **Instrumentos**

*Questionário Sócio Demográfico e Ocupacional* - é um conjunto de 21 questões fechadas, elaborado especificamente para este estudo.

107

*Ficha Clínica de Avaliação de Saúde do Homem (FCASH)* - esse instrumento foi construído com base no manual intitulado *Atenção Integral à Saúde do Homem: Manual de Nefrologia e Urologia* (2010), o qual engloba antecedentes e hábitos de saúde, sintomas e queixas (Prefeitura Municipal de Campinas, 2010).

*International Prostatic Symptom Score (IPSS)* - foi criado pela *American Urological Association* com vistas a uniformizar os questionários já existentes para a avaliação do paciente, portador ou não dos sintomas do trato urinário inferior (STUI) (Barry et al., 2017). Baseia-se em registros de queixas urinárias baixas e constitui o método *standard* mais utilizado no mundo; sua avaliação é de baixo custo, de fácil aplicação e permite obter informações por meio de um valor gerado, que reflete a globalidade da sintomatologia urinária do entrevistado. A validação

para o idioma português foi realizada por Berger, Luz Junior, Silva Neto, e Koff (1999), que o aplicaram em um grupo de 281 pacientes com hipertrofia benigna de próstata (HBP) obtendo um alfa de *Cronbach* de 0.816, com excelente desempenho psicométrico, evidenciando o aumento da próstata, que, com frequência, aparece nos homens a partir dos 40 anos, com sinais e sintomas que são similares ao CP (Averbeck et al., 2010; De la Rosette et al., 2001). Portanto, no presente estudo, o IPSS foi aplicado preventivamente, a fim de detectar, de forma precoce, sintomas indicativos de alteração prostática. É composto de sete perguntas, cada resposta corresponde a uma avaliação de 1 a 5 pontos. A somatória final dos pontos é apresentada da seguinte forma: sintomas leves, até 7 pontos; sintomas moderados, de 8 a 19 pontos; e sintomas graves, de 20 a 35 pontos (Averbeck et al., 2010; Prefeitura Municipal de Campinas, 2010).

## 108 **Aspectos éticos**

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, MS, sob o parecer número 1.663.646, de acordo com os princípios éticos dispostos na Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2013).

## **Procedimentos**

Os dados foram coletados no período de agosto a dezembro de 2016, em seis (6) visitas a campo. Primeiramente, foi solicitada a permissão dos proprietários e responsáveis (capatazes) das fazendas para adentrar às propriedades; num segundo momento, houve uma apresentação da pesquisa e o convite para a participação dos peões pantaneiros, que se deu por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Assim, procedeu-se à coleta dos dados que, devido à baixa esco-

laridade dos peões pantaneiros, ocorreu por meio da aplicação assistida dos questionários. Mesmo com a aplicação individual a cada pantaneiro, algumas questões não foram respondidas, constando, apenas, a resposta não *lembro*, a exemplo da questão “tem alguém na família que já teve câncer de algum tipo?”. Por essa razão, algumas tabelas apresentam um número menor de respondentes.

## Análise estatística

Os resultados obtidos foram inseridos em uma planilha eletrônica, visando ao tratamento de dados e à análise estatísticas. Utilizou-se o pacote R, um *software* pertencente à *Free Software Foundation*, que está disponível gratuitamente sob licença pública na versão utilizada *for Windows* 3.2.5. (R Development Core Team, 2011). Utilizaram-se os seguintes testes estatísticos: teste de Uma Proporção e o teste *Qui-quadrado*. Os resultados são apresentados em tabelas cruzadas, com frequências absolutas e relativas, com nível de significância de 95,0%,  $p \leq 0,05$ .

109

## Resultados

A classificação a seguir está descrita em termos de sintomas leves, moderados e graves, de acordo com o IPSS. Computou-se a distribuição percentual dos indivíduos que responderam ao instrumento, de acordo com os sintomas pesquisados. Considerando-se os escores resultantes, observou-se que 92,2% dos participantes foram classificados com sintomas leves, 6,2% com sintomas moderados e 1,6% com sintomas graves (Tabela 1). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para o teste de Uma proporção ( $p=0,0781$ ).

**Tabela 1**

*Classificação de sintomas prostáticos segundo escore internacional de sintomas prostáticos em peões pantaneiros de Aquidauana, MS, Brasil, 2016*

Situação	n	%	p-valor
Leves	59	92,2	0,0781
Moderados	4	6,2	
Graves	1	1,6	
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100,0</b>	<b>64</b>

110

No cruzamento da classificação do IPSS com a presença de infecção urinária (IU), coletada pela FCASH, constatou-se que, em 64,9% dos casos, não houve registro desse tipo de infecção, frente a 35,1% que já contraíram a doença. Em relação aos casos considerados leves, 67,3% referiram que *não* tiveram IU, diante dos 32,7% que responderam *sim*. Para casos moderados de IU, os resultados mostraram que 50% dos participantes responderam *sim*, e outros 50% responderam *não*; identificou-se um único caso grave de IU. Os resultados obtidos em relação à associação da infecção urinária aos sintomas prostáticos são estatisticamente diferentes entre si (teste *Qui-quadrado*,  $p=0,0181$ ). Portanto é possível observar que o indivíduo que apresentou sintomas graves apresentou também infecção urinária (100%), enquanto os indivíduos que relataram sintomas leves, em sua maioria (67,3%), não apresentaram infecção urinária (Tabela 2).

**Tabela 2**

*Classificação de sintomas prostáticos e presença de infecção urinária em peões pantaneiros de Aquidauana, MS, Brasil, 2016*

<b>Situação</b>	<b>Sim</b>		<b>Não</b>		<b>p-valor</b>
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
Leves	17	32,7	35	67,3	0,0181
Moderados	2	50,0	2	50,0	
Graves	1	100,0	0	0,0	
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>35,1</b>	<b>37</b>	<b>64,9</b>	<b>57</b>

Com relação ao uso de preservativos na relação sexual, foi possível observar que a maioria dos indivíduos (62,1%) não adota esse hábito, frente a 37,9% que o adotam. No que se refere aos casos considerados leves, 62,2% referiram que *não* usam o preservativo, diante dos 37,8% que disseram *sim*; dos casos moderados, 75% dos participantes responderam *não*, e 25%, *sim*; no caso identificado como grave, a resposta foi *sim*, quanto ao uso de preservativo (Tabela 3). Os resultados mostram uma tendência de os indivíduos não usarem preservativos (62,3% leves; 75% moderados). Não foram encontradas diferenças significativas (teste *Qui-quadrado*,  $p=0,0508$ ).

111

**Tabela 3**

*Classificação de sintomas prostáticos e uso de preservativos em peões pantaneiros de Aquidauana, MS, Brasil, 2016*

<b>Situação</b>	<b>Sim</b>		<b>Não</b>		<b>p-valor</b>
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
Leves	20	37,8	33	62,2	0,0508
Moderados	1	25,0	3	75,0	
Graves	1	100,0	0	0,0	
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>37,9</b>	<b>36</b>	<b>62,1</b>	<b>58</b>

Por meio da Tabela 4, observa-se que a maioria dos participantes (88,1%) relata *não* apresentar casos de CA na família, diante dos 11,9% que relataram *sim*; com relação a casos leves, 87% referiram que *não* há ocorrência de câncer na família e 13% admitiram a existência desses casos; casos moderados e graves não foram relatados, haja vista que 100% responderam *não* em ambas situações. Esses resultados indicam que entre os participantes existem poucos casos de algum tipo de câncer na família, tendo em vista que apenas 13,0% revelaram-se casos leves, e que não há referência a casos moderados e graves, o que revela diferenças estatísticas significativas (teste *Qui-quadrado*,  $p<0,0001$ ).

**Tabela 4**

*Classificação de sintomas prostáticos e existência de algum tipo de câncer na família em peões pantaneiros de Aquidauana, MS, Brasil, 2016*

112

Situação	Sim		Não		<i>p</i> -valor
	n	%	n	%	
Leves	7	13,0	47	87,0	0,0001
Moderados	0	0,0	4	100,0	
Fortes	0	0,0	1	100,0	
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>11,9</b>	<b>52</b>	<b>88,1</b>	<b>59</b>

Em relação à distribuição dos indivíduos, de acordo com o IPSS, para sintomas prostáticos por grupos etários, 92,2% dos participantes foram classificados com sintomas leves na faixa etária de 35 a 40 anos, 6,2% com sintomas moderados e maior frequência na faixa etária de 40 a 45 anos, e 1,6% com sintomas graves na faixa dos que têm mais de 65 anos. Não houve resultado significativo para diferenças entre gravidade de sintomas prostáticos e faixa etária (teste *Qui-quadrado*,  $p=0,1384$ ) (Tabela 5).

**Tabela 5**

*Classificação de sintomas prostáticos por faixa etária em peões pantaneiros de Aquidauana, MS, Brasil, 2016*

<b>Faixa etária</b>	<b>Leve</b>		<b>Moderado</b>		<b>Forte</b>		<b>p-valor</b>
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
Até 20 anos	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0,1384
20  — 25 anos	8	100,0	0	0,0	0	0,0	
30  — 35 anos	9	90,0	1	10,0	0	0,0	
35  — 40 anos	12	92,3	1	7,7	0	0,0	
40  — 45 anos	5	71,4	2	28,6	0	0,0	
45  — 50 anos	9	100,0	0	0,0	0	0,0	
50  — 55 anos	3	100,0	0	0,0	0	0,0	
55  — 60 anos	2	100,0	0	0,0	0	0,0	
60  — 65 anos	5	100,0	0	0,0	0	0,0	
+ 65 anos	2	66,7	0	0,0	1	33,3	
<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>92,2</b>	<b>4</b>	<b>6,2</b>	<b>1</b>	<b>1,6</b>	<b>64</b>

113

Ao longo deste estudo, foram obtidos outros resultados que, embora não estejam dispostos nas tabelas, são passíveis de serem mencionados, como, por exemplo, o de não se ter identificado diagnóstico de Infecção Sexualmente Transmissível (IST) e alteração nos testículos em 93,1% dos participantes (teste Qui-quadrado,  $p<0,0001$ ). Ressalta-se, entretanto, que quatro indivíduos (6,9%) relataram já ter contraído gonorreia, que se caracteriza como uma IST, e destes, três responderam, na FCASH, que faziam uso do preservativo, e apenas um respondeu que não o utilizava.

## Discussão

Neste estudo, foram avaliados os seguintes sintomas urinários por meio do IPSS e da FCASH, que registra sintomas, queixas e aspectos de saúde: i) O esvaziamento completo ou não da

bexiga; ii) A frequência urinária; iii) A intermitência urinária; iv) A urgência urinária; v) Fluxo urinário fraco ou normal; vi) O esforço ao urinar e vii) A necessidade de urinar à noite ou noctúria (Figueiredo, Carlos, Príncipe, Correia, & Lopes, 2014).

Alguns participantes deste estudo foram classificados com sintomas moderados e graves, razão por que se considera necessária a devida atenção por meio da investigação precoce e da prevenção, na medida em que o CP é um tumor maligno que pode trazer sérias consequências e, inclusive, levar à morte. Além disso, ressalte-se que é comum que seja confundido com outras patologias como a HBP e as prostatites (infecções na próstata), que, muitas vezes, podem desencadear dor, ardência ao urinar, febre e pus na uretra (Anjos, Leal, Ragadali Filho, Danelussi, & Loose, 2016).

Os pesquisadores têm utilizado o IPSS com os seguintes objetivos: i) para monitorar a pontuação para o acompanhamento dos sintomas; (ii) para testar um novo tratamento ou terapêutica; (iii) para avaliação inicial de pacientes com HBP e (iv) como elemento de rastreamento para alterações urinárias, entre outros (Arnaout, 2014; Averbeck et al., 2010; Cordeiro et al., 2006; Rosen et al., 2003).

Em se tratando da aplicação do instrumento para acompanhamento, 98,4% dos peões pantaneiros apresentaram escores que vão de sintomas leves a moderados, porém a literatura descreve que, com o passar do tempo, esses sintomas apresentam o prognóstico de se tornarem mais intensos, atingindo uma classificação mais grave, de maior risco para a saúde, o que indica a necessidade de avaliação médica, realização de diagnóstico diferencial, tendo em vista que várias doenças (e.g., CP; disfunção vesical; estenose uretral; diabetes mellitus) podem acometer o sistema urinário, a próstata e acarretar uma classificação alterada no IPSS (Arnaout, 2014; Figueiredo, Carlos, Príncipe, Correia, & Lopes, 2014).

Relacionada ao prognóstico em geral, pode-se dizer que a sintomatologia das vias urinárias inferiores avança de forma lenta, independente das características individuais de cada pessoa. A exemplo disso, mencione-se um estudo no qual foi aplicado o IPSS em pacientes cuja classificação mostrou-se moderada, em que se optou por um tempo de espera para acompanhamento e vigilância de quatro anos. Após esse período, 13,0% dos participantes apresentaram sintomas leves, 46,0% ainda exibiam sintomas moderados, 17,0% estavam com sintomas graves e 24,0% optaram por cirurgia, dados que apontam para a probabilidade de avanço nos STUI (Arnaout, 2014). Torna-se importante, por conseguinte, a detecção precoce dos casos, bem como o diagnóstico diferencial, frente à presença de sintomas ligados ao sistema urológico e ao histórico familiar dos homens em geral (Herrmann et al., 2016; WHO, 2011).

Quanto à ocorrência de infecção urinária, os achados obtidos demonstraram que 35,1% dos peões relataram a doença: nesses casos, a próstata pode crescer e desencadear sintomas (e.g., retenção urinária, noctúria, dor ao urinar) por três motivos: CP, hiperplasia benigna da próstata e prostatite (Pinheiro, 2016). Os agentes infecciosos são a causa de quase 22,0% das mortes por CA, nos países em desenvolvimento, e em 6,0%, nos países industrializados (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2016). Calcula-se que, no mundo, um quinto dos casos de CA se deva a infecções crônicas, inclusive a esquistossomose, doença que está associada com o CP (Jemal, Vineis, Bray, Torre, & Forman, 2014; OMS, 2017). Após realização de uma biópsia prostática de um paciente diagnosticado com CP, submetido à prostatectomia radical, foram identificados ovos de *Schistosoma mansoni* na vesícula seminal, sendo este o primeiro relato da literatura brasileira (Andrade, Almeida, & Jacobino, 2007). Há um primeiro registro de esquistossomose na próstata, em Pernambuco, que

aponta para a necessidade de os serviços de saúde estarem preparados para prevenir, investigar e tratar esses casos (Gomes et al., 2016).

Outra espécie, o *Schistosoma haematobium*, foi encontrada na próstata e na vesícula seminal de africanos, nos países da Zâmbia e Egito. Esse dado torna evidente a suspeita de que esse agente etiológico se constitua em um carcinogênico para humanos (Figueiredo et al., 2015). Uma investigação entre os criadores de gado indicou que a manipulação de animais predispõe às zoonoses e patógenos, como: *Staphylococcus aureus*, vírus da gripe suína e aviária, *Borrelia Burgdorferi*, *Brucella* spp., *Campylobacter* spp., *Chlamydophilia psittaci*, *Clostridium tetani*, *Coxiella burnetii*, *Escherichia coli*, *Helicobacter pylori*, vírus da hepatite E, *Leptospira Icterohaemorrhagiae*, *Mycobacterium bovis*, *Strongyloides stercoralis*, *Toxocara canis*, *Toxoplasma gondii*, vírus do nilo ocidental, que podem estar relacionados ao CA, inclusive ao de próstata (Haagsma, Tariq, Heederik, & Havelaar, 2012). Com efeito, as infecções são agentes causadores de CA, de fatores complicadores do diagnóstico do paciente e, também, um agravante, quando associadas ao CA.

A OMS (2017) destaca que o CA é a enfermidade crônico-degenerativa de maior incidência entre os adultos, desenvolve-se por meio da exposição a uma combinação de fatores ambientais, genéticos e de agentes cancerígenos, entre esses os biológicos (e.g., vírus, bactérias e parasitas), que, por sua ação infecciosa, desencadeiam essa patologia. Estima-se que os agentes infecciosos sejam responsáveis por 2 milhões de novos casos de CA por ano, no mundo, e que a carga dessa doença, associada às infecções, é aumentada nas regiões menos desenvolvidas, aproximadamente 22,9%, no geral (Jemal et al., 2014). Essa afirmação enfatiza a necessidade de operacionalização de um programa de saúde do homem no Pantanal, o que normalmente acontece por

meio das unidades básicas de saúde (UBS) ou estratégias de saúde da família (ESF).

Quanto à utilização de preservativos, as agências da Organização das Nações Unidas, Fundo de População das Nações Unidas, a OMS e o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/AIDS ressaltam que seu uso é fundamental no combate ao vírus HIV e às IST (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS [UNAIDS], 2016). Em 2013, estimou-se que 2,1 milhões de pessoas foram infectadas, no mundo, com o HIV e 500 milhões de pessoas adquiriram clamídia, gonorreia, sífilis ou tricomoníase. Em relação à prevenção, o uso do preservativo ainda consiste na principal estratégia para a redução das taxas de infecção pelo HIV, pelas IST (papiloma vírus humano, gonorreia, sífilis, herpes genital, hepatites virais), além de funcionar, também, como um eficaz método contraceptivo (UNAIDS, 2016). Nesse sentido, os resultados da Tabela 6 preocupam pela gravidade das IST e por serem doenças que podem levar ao CA. Esta é uma questão que representa mais uma vulnerabilidade dos homens e que necessita ser trabalhada sem estigmas e reações discriminatórias, em especial por meio de ações educativas.

Com relação à existência de casos de CA na família, os resultados, majoritariamente, não os revelaram, contudo, durante a entrevista para preenchimento do instrumento, 11,9% confirmaram a existência de casos de CP: 2,0% relataram o acometimento da doença em parentes de primeiro grau (e.g., pai), e cinco não souberam descrever o tipo de CA do familiar. De acordo com o INCA (2015a), o risco de desenvolver o CP é de três a dez vezes maior, em relação à população em geral, para aqueles com história familiar de pai ou irmão com CP antes dos 60 anos de idade, aspecto que varia de acordo com o estilo de vida da família. Contudo o risco aumenta para cerca de 11 vezes, se o diagnóstico do pai ou do irmão ocorrer antes dos 40 anos; por-

tanto a ocorrência de CP em pai ou irmão requer maior cuidado com a saúde dos homens, no sentido de detecção precoce da doença (Dantas et al., 2009; INCA, 2015a). Assim, a hereditariedade apresenta-se como um dos principais fatores de risco, junto com a idade, tendo grande interferência na origem do CA, o que explica a dimensão dessa doença, em especial entre os homens jovens, cuja ocorrência evidencia-se em 10,0% a 20,0% dos casos de CP (INCA, 2015a).

Dos peões com mais de 50 anos, 18,8% foram identificados com sintomas prostáticos leves, e apenas 1,6% apresentou sintomas graves. Em estudo multinacional realizado na Europa e nos Estados Unidos da América, no qual foi aplicado o IPSS em homens de mais de 50 anos, em busca de sintomas do trato urinário inferior, 60,1% apresentaram, na Europa, sintomas leves e 5,5% graves; nos Estados Unidos da América, foram encontrados 56,1% dos indivíduos com sintomas leves e 6,7% graves (Rosen et al., 2003). Esses achados revelam que as taxas encontradas nos estudos europeu e americano são maiores que as encontradas nos pantaneiros, com diferenças de 30,0% a 40,0% em relação aos sintomas leves e cerca de 4,0% a 5,0% para os sintomas graves.

No estudo de Bosch, Hop, Kirkels, e Schröder (1995), a Dinamarca apresentou uma taxa de 9,0% de prevalência dos sintomas prostáticos moderados e graves, em homens de 30 a 50 anos, diante de uma taxa menor (6,2%) encontrada em peões pantaneiros com sintomas moderados. Nesse mesmo país, quanto à faixa etária de 40 a 50 anos, a taxa referente aos casos considerados moderados foi de 7,0%; entretanto, nos Estados Unidos, essa taxa foi de 24,0% e, entre os pantaneiros, houve ocorrência em 3,1%, para a mesma faixa etária, na mesma modalidade de casos (Bosch et al., 1995). Configura-se, assim, uma porcentagem menor em pantaneiros, frente às apresentadas pelos dois países citados.

Corroborando esses dados, o Informativo de Vigilância Nacional do CA relata a incidência de homens diagnosticados com CP na faixa etária de 30 a 39 anos, entre os anos de 2007 a 2011 (INCA, 2015a). Por existirem na literatura registros da ocorrência de casos de CA de próstata cada vez mais precoces (INCA, 2014a, 2015b), optou-se por incluir, neste estudo, peões com idade superior a 18 anos, tendo em vista a necessidade de que, cada vez mais cedo, sejam submetidos a ações preventivas, tomando como de maior destaque a prevenção do CP (Anjos et al., 2016).

Com base nos resultados descritos e encontrados com a aplicação do IPSS, torna-se prioritária a realização de diagnóstico diferencial, em decorrência dos casos considerados moderados e fortes, evidenciados por esse instrumento preventivo.

Embora se tenha identificado a idade, a história familiar de CA e etnia/cor da pele como principais fatores de risco para CP, o único consensualmente preconizado pela literatura nacional e internacional é a idade. Atualmente, grande parte dos CP é diagnosticada em indivíduos com mais de 65 anos, com uma pequena porcentagem para os homens com idade abaixo de 50 anos; contudo estima-se que a incidência de casos precoces se eleve para 60,0% (INCA, 2014a, 2015b).

A literatura retrata uma incidência de CP maior nos descendentes de afrocaribenhos que vivem na sociedade ocidental (Jemal et al., 2014). Essa assertiva é fortalecida quando se afirma que os fatores de risco para STUI e hiperplasia benigna de próstata são maiores na raça negra, haja vista que o CP é 1,6 vezes mais frequente em homens negros do que em homens brancos (INCA, 2015b). Deve-se considerar, no entanto, que essa diferença pode ser devida a fatores associados à detecção da doença ou ao estilo de vida (Figueiredo et al., 2014). Contudo, no presente estudo, não foi encontrada associação entre essas variáveis (teste *Qui-quadrado*,  $p=0,1339$ ).

## Considerações Finais

A maioria dos peões pantaneiros apresentou sintomas prostáticos leves (92,2%), resultado avaliado como positivo, constatando-se, porém, a ocorrência de casos com sintomas prostáticos classificados como moderados (6,2%) e fortes (1,6%). Cabe ressaltar que não se buscou estabelecer nexo de causalidade entre a ocupação de peão e a presença de CP, mas de sintomas prostáticos sugestivos de patologias, porém com destaque para o CP, tendo em vista a gravidade da doença.

Embora a grande maioria dos peões tenha apresentado sintomas prostáticos leves, sabe-se, por meio da literatura nacional e internacional, que esses sintomas são passíveis de evolução. Os casos moderados e fortes foram orientados e encaminhados ao serviço de saúde do município de Aquidauana, com vista ao estabelecimento de um diagnóstico.

120

O estudo apresentou algumas limitações: a pesquisa foi de corte transversal, descrevendo um fenômeno observado em um curto espaço do tempo, o número de participantes mostrou-se pequeno em proporção à extensão da área investigada e não houve a aplicação de estudo piloto. Uma necessidade constatada é de que se investigue a possível associação entre a função exercida pelo peão e a presença de CP, o que poderá ser feito com instrumentos que contemplem aspectos diferentes, bem como pela utilização de novos desenhos de pesquisa, como o longitudinal e a realização de exames subsidiários, a exemplo do antígeno prostático específico, entre outros.

No que se refere à continuidade das pesquisas com pantaneiros, recomenda-se a realização de estudos futuros que deem continuidade à investigação de questões pertinentes à saúde geral dos homens, em especial com a aplicação do IPSS na população masculina.

O IPSS mostrou-se um instrumento útil para utilização em atenção primária à saúde do homem, na busca de casos de suspeição de alterações urinárias e de CP. Esse instrumento mostrou-se não invasivo, o que facilitou a aproximação com os participantes, de fácil aplicação e de baixo custo. Portanto seu uso como elemento preventivo faz sentido, uma vez que, quanto mais cedo for diagnosticada a doença, maiores serão as chances de cura, com possibilidades de um tratamento mais brando, menos traumatizante e com menor custo aos serviços de saúde.

Esses achados sinalizam a necessidade de atenção a essa população, enfatizando que as políticas públicas de saúde do homem efetivamente alcancem essas regiões longínquas e possam contemplar esses trabalhadores.

## Referências

- Andrade, L. E. J., Almeida, C. E. R., & Jacobino, M. (2007). Esquis-tosse mansônica em vesícula seminal. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 40(3), 341-342. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0037-86822007000300018>
- Anjos, Q. S., Leal, I., Ragadali Filho, A., Danelussi, D. P., & Loose, J. T. T. (2016). Práticas de prevenção do câncer de próstata em uma unidade básica de saúde no município de Rolim de Moura – RO. *Revista Enfermagem e Saúde Coletiva*, 1(1), 2-18.
- Arnaout, M. A. (2014). Doenças císticas do rim. In L. Goldman & A. I. Schafer (Eds.), *Cecil medicina* (24<sup>th</sup> ed., Vol. 1, pp. 1042-1050). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Averbeck, M. A., Blaya, R., Seben, R. R., Lima, N. G., Denardin, D., & Fornari A. (2010). Diagnóstico e tratamento da hiperplasia benigna da próstata. *Revista da AMRIGS*, 54(4), 471-477. Disponível em [http://www.amrigs.com.br/revisa/54-04/021-519\\_diagnostico.pdf](http://www.amrigs.com.br/revisa/54-04/021-519_diagnostico.pdf)

- Barry, M. J., Fowler, F. J. Jr., O'Leary, M. P., Bruskewitz, R. C., Holtgrewe, H. L., Mebust, W. K. ... Measurement Committee of the American Urological Association. (2017). The American Urological Association Symptom index for benign prostatic hyperplasia. *The Journal of Urology*, 197(Pt. S2), S189-S197.
- Berger, M., Luz Junior, P. N., Silva Neto, B., & Koff, W. (1999). Validação estatística do escore internacional de sintomas prostáticos (I-PSS) na língua portuguesa. *Jornal Brasileiro de Urologia*, 25(2), 225-234.
- Bosch, J. L., Hop, W. C., Kirkels, W. J., & Schröder, F. H. (1995). The International Prostate Symptom Score in a community-based sample of men between 55 and 74 years of age: Prevalence and correlation of symptoms with age, prostate volume, flow rate and residual urine volume. *British Journal of Urology*, 75(5), 622-630.
- 122 Brasil. (2009). Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e diretrizes*. Brasília: DF: Ministério da Saúde. Disponível em <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/21/CNSH-DOC-PNAISH---Principios-e-Diretrizes.pdf>
- Brasil. (2013, 13 de junho). Conselho Nacional de Saúde do. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprovação, diretrizes, normas de regulamento, pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, seção 1. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)
- Buainaim, A. M., Alves, E., Silveira, J. M., & Navarro, Z. (2013). Sete teses sobre o mundo rural brasileiro. *Revista de Política Agrícola*, 22(2), p. 105-121. Disponível em <https://www.embrapa.br/busca-de-publicacoes/-/publicacao/964720/sete-teses-sobre-o-mundo-rural-brasileiro>

- Burns, C., Bodner, K., Swaen, G., Collins, J., Beard, K., & Lee, M. (2011). Cancer incidence of 2,4-D production workers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8(9), 3579-3590. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3194105/pdf/ijerph-08-03579.pdf>
- Carey, R. N., Driscoll, T. R., Peters, S., Glass, D. C., Reid, A., & Benke, G. (2014). Estimated prevalence of exposure to occupational carcinogens in Australia (2011-2012). *Occupational and Environmental Medicine*, 71(1), 55-62. Disponível em <http://oem.bmjjournals.org/content/oemed/71/1/55.full.pdf>
- Chagas, C. C., Guimarães, R. M., & Boccolini, P. M. M. (2013). Câncer relacionado ao trabalho: uma revisão sistemática. *Cadernos Saúde Coletiva*, 21(2), 209-223. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v21n2/17.pdf>
- Cordeiro, S., Abdo, J. A., Turco, M. P., Schall, C. H., Dantas, F., & Bortoluzzo, C. A. (2006). Estudo multicêntrico da Doxazosina de liberação prolongada no tratamento da hiperplasia prostática benigna. *Revista Brasileira de Medicina e na Pediatria Moderna*, 63(10), 528-533. Disponível em [http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=3439](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=3439)
- Cunha, R. V., & Atanaka-Santos, M. (2011). Prioridades da pesquisa em epidemiologia na região do Pantanal brasileiro (Editorial). *Cadernos de Saúde Pública*, 27(6), 1050-1051. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000600002>
- Dantas, É. L. R., Sá, F. H. L., Carvalho, S. M. F., Arruda, A. P., Ribeiro, E. M., & Ribeiro, E. M. (2009). Genética do câncer hereditário. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 55(3), 263-269. Disponível em [http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_55/v03/pdf/67\\_revisao\\_literatura1.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_55/v03/pdf/67_revisao_literatura1.pdf)

De la Rosette, J. J., Alivizatos, G., Madersbacher, S., Perachino, M., Thomas, D., & Desgrandchamps, F. (2001). EAU Guidelines on benign prostatic hyperplasia. *European Urology*, 40(3), 256-263.

Figueiredo, A., Carlos, J. S., Príncipe, P., Correia, R., & Lopes, T. (2014). *Protocolos clínicos: Avaliação e seguimento do doente com HBP*. Madrid: Springer Healthcare Ibérica.

Figueiredo, J. C., Richter, J., Borja, N., Balaca, A., Costa, S., & Belo, S. (2015). Prostate adenocarcinoma associated with prostatic infection due to *Schistosoma haematobium*. Case report and systematic review. *Parasitology Research*, 114(2), 351-358.

Gomes, E. C. S., Domingues, A. L. C., Aguiar Júnior, F. C. A., Santos, K. R. P., Rehn, V. N. C., & Lira, M. M. M. (2016). Case report first record of prostatic schistosomiasis in Pernambuco, Brazil: Signs of chronicity in an endemic disease. *Revista de Patologia Tropical*, 45(1), 132-138.

Haagsma, J. A., Tariq, L., Heederik, D. J., & Havelaar, A. H. (2012). Infectious disease risks associated with occupational exposure: A systematic review of the literature. *Occupational and Environmental Medicine*, 69(2), 140-146.

Herrmann, A., Sampaio, C. A. B., Chakora, E. S., Moraes, É. M. R., Silva, F. N. M., & Coutinho, J. G. D. (2016). *Guia de saúde do homem para Agente Comunitário de Saúde (ACS)*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em <http://www.sgas.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/sites/105/2016/08/guiaACS.pdf>

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. (2014a). Monitoramento das ações de controle do câncer de próstata. *Informativo Detecção Precoce*, 5(2), 1-8. Disponível em [http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Informativo\\_Deteccao\\_Precoce\\_2\\_agosto\\_2014.pdf](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Informativo_Deteccao_Precoce_2_agosto_2014.pdf)

- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. (2014b). *Estimativa 2014: Incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA. Disponível em [http://www.inca.gov.br/bvscontrolecancer/publicacoes/Estimativa\\_2014.pdf](http://www.inca.gov.br/bvscontrolecancer/publicacoes/Estimativa_2014.pdf)
- Instituto Nacional do Câncer José de Alencar Gomes da Silva. (2015a). Perfil da assistência oncológica no Brasil, de 2007 a 2011. *Informativo Vigilância do Câncer*, 6, 1-12. Disponível em <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/publicacoes/informativovigilancia2015.pdf>
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. (2015b). *Estimativa 2016: Incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA. Disponível em <https://pt.scribd.com/document/342833633/estimativa-2016-inca-pdf>
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. (2017). *Estimativa 2018: Incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA. Disponível em <http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/>
- Jemal, A., Vineis, P., Bray, F., Torre, L., & Forman, D. (2014). *The cancer atlas* (2a ed.). Atlanta, GA: American Cancer Society. Disponível em <http://canceratlas.cancer.org/assets/uploads/2015/04/The-Cancer-Atlas-Second-Edition-in-Portuguese.pdf>
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2016). *Get on the fast-track: The life-cycle approach to HIV: Finding solutions for everyone at every stage of life*. Geneva, Switzerland: UNAIDS. Disponível em [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/Get-on-the-Fast-Track\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Get-on-the-Fast-Track_en.pdf)
- Lima, J. A. F., Souza, J. C. (2012). Pantanal: Desenvolvimento territorial com identidade cultural. In J. C. Souza, *Pantanal, produzindo com sustentabilidade*. Campo Grande, MS: Ed. UFMS.

- Martins, A. M., Moraes, C. A. L., Ribeiro, R. B. N. Almeida, S. S. L. Schall, V. T., & Modena, C. M. (2013). A produção científica brasileira sobre o câncer masculino: Estado da Arte. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 59(1), 105-112.
- Nogueira, A. X. (2009). *O que é pantanal*. São Paulo: Brasiliense.
- Nurminen, M., & Karjalainen, A. (2001). Epidemiologic estimate of the proportion of fatalities related to occupational factors in Finland. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 27(3), 161-213. Disponível em [http://www.sjweh.fi/download.php?abstract\\_id=605&file\\_nro=1](http://www.sjweh.fi/download.php?abstract_id=605&file_nro=1)
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Prevención del cáncer*. Ginebra, Suiza: OMS. Disponível em <http://www.who.int/cancer/prevention/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *10 datos sobre el cáncer*. Ginebra, Suiza: OMS. Disponível em <http://www.who.int/features/factfiles/cancer/es/>
- 126 Pinheiro, P. (2016). *Câncer de próstata: Sintomas, diagnóstico e tratamento*. Rio de Janeiro: MD Saúde. Disponível em <http://www.mdsaudade.com/2009/02/sintomas-aumento-cancer-prostata.html>
- Prefeitura Municipal de Campinas. (2010). *Atenção integral à saúde do homem: Manual de nefrologia e urologia*. Campinas, SP: Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em <http://www.campinas.sp.gov.br/sa/impressos/adm/FO874.pdf>
- R Development Core Team. (2011). *R: A Language and Environment for Statistical Computing: ISBN: 3-900051-07-0 [software]*. Vienna: The R Foundation for Statistical Computing.
- Rosen, R., Altwein, J., Boyle, P., Kirby, R. S., Lukacs, B., & Meuleman, E. (2003). Lower urinary tract symptoms and male sexual dysfunction: The multinational survey of the aging male (MSAM-7). *European Urology*, 44(6), 637-649. Disponível em [http://www.europeanurology.com/article/S0302-2838\(03\)00464-0/pdf](http://www.europeanurology.com/article/S0302-2838(03)00464-0/pdf)

- Sharma, M., Lawson, J. A., Kanthan, R., Karunananayake, C., Hagel, L., & Rennie, D. (2016). Factors associated with the prevalence of prostate cancer in rural saskatchewan: The saskatchewan rural health study. *The Journal of Rural Health: Official Journal of the American Rural Health Association and the National Rural Health Care Association*, 32(2), 125-135.
- Silveira, C. L. G., Melo, V. F. C., & Barreto, A. J. R. (2017). Atenção à saúde do homem na atenção primária em saúde: uma revisão integrativa (Revisão Integrativa). *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 11(Supl. 3), 1528-1529. Disponível em <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/13998/16866>
- Souza Junior, P. T. (2010). Pantanal ameaçado pelas mudanças climáticas. Entrevista concedida a Patrícia Fachin. *Revista Instituto Humanitas Unisinos - IHU On-Line*, 10(345), 8-10. Disponível em <http://www.ihuonline.unisinos.br/media/pdf/IHUOnlineEdicao345.pdf>
- U.S. Department of Health and Human Services. (2003). *Cancer and the environment: What you need to know what you can do*. Washington, DC: NCI/NIEHS. Disponível em [https://www.niehs.nih.gov/health/materials/cancer\\_and\\_the\\_environment\\_508.pdf](https://www.niehs.nih.gov/health/materials/cancer_and_the_environment_508.pdf)
- Van der Gulden, J. W. J., & Vogelzang, P. F. J. (1996). Farmers at risk for prostate cancer. *Occupational and Environmental Medicine*, 77(1), 6-14. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2092529/pdf/143.pdf>
- Vieira, L. M., & Galdino, S. (2005). *Pantanal: Risco de contaminação por biocidas*. Corumbá, MS: Embrapa Pantanal.
- World Health Organization. (2011). *An overview of the evidence on environmental and occupational determinants of cancer*. Paper presented in the International Conference on Environmental and Occupational Determinants of Cancer: Interven-

- tions for Primary Prevention, Asturias, Spain. Disponível em [http://www.who.int/phe/news/events/international\\_conference/Background\\_science.pdf](http://www.who.int/phe/news/events/international_conference/Background_science.pdf)?
- Zanata, P. R. B. (2015). Memórias de trabalhadores em fazendas de gado no pantanal. *Monções*, 3(3), 152-174. Disponível em [http://seer.ufms.br/index.php/moncx/article/download/735/pdf\\_23](http://seer.ufms.br/index.php/moncx/article/download/735/pdf_23)

## Capítulo V

# *Qualidade de Vida e Saúde em Trabalhadores Pantaneiros da Região de Aquidauana, Mato Grosso do Sul, Brasil*

*Vanusa Meneghel  
Liliana Andolpho Magalhães Guimarães*

### Introdução

129

O conceito de qualidade de vida relacionada à saúde é amplo, complexo, subjetivo, multidimensional e abrange as dimensões física, mental e social, em que uma disfunção em qualquer um desses domínios pode impactar e prejudicar o bom funcionamento físico e mental do indivíduo, levando a problemas em casa, no trabalho e em outras esferas da vida do trabalhador (Ware, 2003).

A avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde é reconhecida como importante indicador de saúde em populações saudáveis, incluindo trabalhadores. Qualidade de vida e estado de saúde podem estar relacionados, mas são conceitos distintos (Carvalho Junior et al., 2012). Nesse contexto, compreende-se que a qualidade de vida e a saúde envolvem o direito de o indivíduo trabalhar e viver em ambientes saudáveis, com dignidade (Brasil, 2013).

Guimarães (2015) afirma que a qualidade de vida é a percepção individual e, portanto, subjetiva, sendo um termo amplo que sofre alterações ao longo do tempo, visto que as apreensões da realidade pelo indivíduo mudam com o curso dos anos. A autora salienta que existem dois caminhos para avaliar a qualidade de vida: um objetivo e outro subjetivo. Assim, o caminho objetivo tem como indicadores “[...] a saúde, condições físicas, salário, trabalho, moradia, entre outros indicadores quantificáveis. Já o caminho qualitativo, aborda percepções qualitativas e pessoais das experiências de vida e o sentimento humano” (p. 92).

Para Ribeiro, Ferretti, e Sá (2017), a qualidade de vida é entendida a partir de uma

130  
[...] visão multidimensional associada a aspectos objetivos e subjetivos, embasada em critérios de satisfação individual e de bem-estar coletivo, refletindo a percepção dos sujeitos no que se refere ao nível de satisfação das suas necessidades básicas, desenvolvimento econômico, inserção social, qualidade do ambiente em que vivem, oportunidades na vida e acesso a serviços, assim como nas questões referentes à felicidade, ao amor, à satisfação com a vida e à realização pessoal. (p. 331).

Assim, muitas vezes, o conceito de qualidade de vida é adotado como sinônimo de saúde, felicidade, satisfação pessoal, condições e estilo de vida (Pereira, Teixeira, & Santos, 2012). Segundo os autores, os indicadores de qualidade de vida vão desde a renda até a satisfação com determinados aspectos da vida, fazendo com que seja um tema de difícil compreensão, que necessita de certas delimitações, pois é considerada como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações, ou seja, fica claro que não inclui

apenas fatores relacionados à saúde, como bem-estar físico, funcional, emocional e mental, mas também outros elementos importantes da vida das pessoas como trabalho, família e amigos.

A Organização Mundial de Saúde definiu, em 1946, a saúde não apenas como ausência de doença ou enfermidade no indivíduo, mas também como a presença de bem-estar físico, mental e social (World Health Organization [WHO], 1946). Desse modo, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde (Brasil, 2013). A saúde é um fator determinante para o desenvolvimento humano (Buss, 2003). De acordo com Seidl e Zannon (2004), o interesse pela qualidade de vida na área da saúde é recente e tem influenciado políticas e práticas nas últimas décadas. Os processos de saúde-doença são complexos e multifatoriais, estando relacionados aos aspectos econômicos, socioculturais e psicossociais. Assim, se faz necessário políticas de promoção da saúde e de prevenção de doenças para os indivíduos.

Guimarães et al. (2015) afirmam que a pobreza, a desigualdade social, o desemprego, a informalidade, os trabalhadores sujeitos a baixos níveis de rendimentos, os índices elevados de rotatividade no emprego, as desigualdades de gênero, as condições de segurança e saúde nos locais de trabalho, especialmente em áreas rurais, agravaram a situação do mercado do trabalho. Para os autores, a realidade individual é permeada pela realidade social, e é no espaço do trabalho onde se situam importantes objetivos de vida do sujeito, no entanto esse lugar tem se tornado competitivo, inseguro, instável, exigindo das pessoas mais habilidades mentais e emocionais.

Sales e Ramos (2014) dizem que o trabalho é um importante determinante de saúde para os trabalhadores, visto que organi-

za a vida e produz a sobrevivência da pessoa, confere sentidos e significados à vivência social e coletiva, impactando de forma positiva os indivíduos. Cardoso (2015) salienta que, para compreender a relação entre trabalho e saúde para o trabalhador, é necessário basear-se no seu *labor* visto que é “[...] ele que realiza o trabalho; é dele que se exige o empenho para fazer o trabalho; é ele quem analisa as condições que tem para realizá-lo; é ele que sofre o desgaste físico, mental e emocional” (p. 76).

Para Floriano (2009), a qualidade de vida tem sido preocupação constante do ser humano e, para enfrentar o desafio de aumentá-la para a população rural, evitando o êxodo rural e as desigualdades sociais, a alternativa é melhorar continuamente os serviços prestados por meio de políticas públicas adequadas. Segundo Lima (2014), os residentes de áreas rurais no Brasil carecem do acesso à educação, à saúde e à segurança no trabalho, o que “[...] instiga a reflexão sobre as condições de vida, de moradias e de trabalho a eles impostas e, consequentemente, sobre os impactos de tais condições na saúde física e mental e em sua qualidade de vida” (p. 1).

De acordo com Peres (2009), por ser um país em desenvolvimento, o Brasil necessita considerar os “[...] problemas de saúde e ambiente enfrentados pela população do campo dentro do processo de desenvolvimento do país, sobretudo no que diz respeito às formas de organização do trabalho rural” (p. 1996), ou seja, o país convive com problemas em áreas rurais tais como tratamento da água para consumo, prevalência de doenças infecto-parasitárias, incidência de doenças crônico-degenerativas, casos de acidentes de trabalho e contaminações com agrotóxicos.

Há vários tipos de realidades rurais, que dependem das transformações globais e também de fatores locais, que os obrigam a se adaptarem a certos fatores para sobreviverem. A partir do século XVIII, os cenários rural e o urbano são apresentados

como polos opostos, separados e com uma visão que associa o rural ao atraso, à baixa densidade populacional, ao isolamento, à falta ou precariedade de infraestrutura. Já o urbano indica progresso, modernidade, dinamicidade, concentração de serviços, infraestruturas, comércio, indústria, ou seja, elementos representativos de desenvolvimento (Ponte, 2004).

Assim, considera-se rural todo espaço não urbanizado, de baixa densidade populacional, onde se realizam atividades econômicas do agronegócio, que tem um importante papel no desenvolvimento do país. Kageyama (2004) refere-se ao rural como: i) não é sinônimo de e sem exclusividade sobre o agrícola; ii) o rural é indicativo de funções produtiva, ambiental, ecológica e social; iii) as áreas rurais têm densidade populacional relativamente baixa; e iv) não há um isolamento absoluto entre os espaços rurais e as áreas urbanas.

De acordo com Peres (2009), tanto a população quanto o número de estabelecimentos localizados em áreas rurais têm decrescido no Brasil desde 1985, confirmando uma tendência migratória em direção aos centros urbanos. Essas mudanças ocorridas nos últimos anos no sistema produtivo rural configuram uma situação em que se observa um número cada vez menor de trabalhadores alocados em atividades agropecuárias.

Peres (2009) afirma ainda que,

Há cerca de vinte anos, um intenso fluxo migratório foi registrado partindo da Região Sul do país em direção aos estados do Mato Grosso e Mato Grosso do Sul. Na busca por terras mais baratas, um grande número de agricultores e pecuaristas deixaram suas terras natais no Sul em direção à Região Centro-Oeste do país, onde intensificaram o cultivo de gado (principalmente no Mato Grosso do Sul) e de grandes monoculturas, como o milho, o algodão e a soja (principalmente no Mato Grosso) (p. 1997).

Ribeiro (2014) salienta que na segunda metade do século XX, ocorreram mudanças no pantanal, em que “[...] empresários de outras regiões do país e do exterior começaram a adquirir terras, atraídos pela qualidade da pastagem, pelos baixos custos no manejo do rebanho bovino e pelo valor da terra” (p. 21). Segundo a autora, esses novos proprietários das terras pantaneiras estão reconstruindo esse espaço com diferentes perspectivas, modernizando a pecuária e investindo no turismo.

O homem pantaneiro é um criativo improvisador e adaptador de meios capazes de lhe garantir o domínio da região, por meio da intervenção pacífica no sistema ecológico, com a finalidade de exercer as atividades referentes ao trabalho rural exercido nas fazendas, o qual, mesmo não diferindo muito das demais realidades rurais do país, particulariza-se por fundamentar-se nas tradições da pecuária de corte (Nogueira, 2002).

134 Desse modo, para Nogueira (2002), o homem pantaneiro conhece toda a lida campestre e desempenha perfeitamente as atividades de aparte, doma, bagualeio, condução de boiada, ou seja, é um especialista no exercício de sua função. Banducci Junior (2007) e Ribeiro (2014) salientam que, mesmo não sendo grande o número de trabalhadores nas fazendas do pantanal, é possível observar certa diversidade de funções, sendo encontrados peões de “campo” ou de “traia”, tratoristas, mas os trabalhadores que mais se destacam, tanto pelo seu número como pela importância do trabalho que desenvolvem, é aquele ligado diretamente às atividades de manejo com o gado.

O trabalhador pantaneiro é um dos principais responsáveis pela economia da região do Pantanal de Aquidauana, que se baseia na pecuária de cria, recria e engorda. Alguns aspectos são importantes para a descrição das fazendas nessa região do Pantanal, tais como, o distanciamento das cidades, o isolamento das fazendas, as deficiências das vias de acesso, as grandes en-

chentes, os longos períodos sem e com chuvas (Nogueira, 2002; Ribeiro, 2014).

Alves e Guimarães (2012) afirmam que o que distingue a atividade rural de outras atividades são características muito específicas, tais como o caráter sazonal e cíclico, a longa jornada de trabalho, o grande esforço físico, a exposição do trabalhador a condições meteorológicas diversas, o contato com animais e plantas que podem dar origem a doenças, o uso indiscriminado de defensivos agrícolas, as condições primitivas de vida, a higiene, a saúde e a educação da população rural, além da baixa remuneração.

O crescimento econômico brasileiro, entendido por muitos como gerador de melhoria de qualidade de vida, tem fomentado a expansão das fronteiras do agronegócio, promovendo processos de transformação territorial que requerem competências locais que possibilitem a elaboração de projetos para implantação de medidas para prevenção e promoção de saúde da população e dos trabalhadores rurais (Pessoa & Rigotto, 2012). No Brasil, a expansão no setor do agronegócio está impactando e transformando as diferentes organizações integrantes de um encadeamento de processos de produção que têm origem no ambiente rural (Guimarães & Brisola, 2015).

Assim, o progresso tecnológico inserido no meio rural tem provocado mudanças nas condições de vida e no processo de trabalho do trabalhador e, assim, os fatores de proteção e risco à saúde se modificam constantemente, levando a que investigações permitam visualizá-los para que sejam possíveis ações de promoção e de proteção à saúde e à qualidade de vida para o trabalhador pantaneiro.

De acordo com Meireles (2000), Alves Filho (2001), Ribeiro (2014), Lima (2014), Guimarães e Brisola (2015), Fontoura Junior e Guimarães (2017), Guimarães et al. (2018), os tra-

lhadores rurais possuem baixa qualificação, baixa remuneração, baixa escolaridade ou são analfabetos, evidenciando assim, algumas precariedades sociais relacionadas ao trabalho. Desse modo, o objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde do trabalhador pantaneiro de fazendas da região de Aquidauana, Mato Grosso do Sul, Brasil.

## **Método**

Foi realizado um estudo descritivo e analítico, de corte transversal com uso do método quantitativo. A amostra, por conveniência e voluntária, foi composta por sessenta e dois (62) trabalhadores (as) de onze (11) fazendas da região do Pantanal de Aquidauana, no estado do Mato Grosso do Sul, Brasil. Não foram incluídos na pesquisa os proprietários das fazendas.

O projeto seguiu as normas éticas da Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012), e foi aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), sob o número CAAE 66112417.5.0000.5162.

Após o aceite dos participantes, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da pesquisa, o qual informou os objetivos do estudo e o caráter sigiloso das respostas, foram aplicados os instrumentos de forma individual e assistida.

## **Instrumentos**

Foram utilizados o Questionário Sociodemográfico e Ocupacional (QSDO), elaborado especificamente para a população pesquisada, e o instrumento *The Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey* (SF-36), para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde.

O QSDO comprehende aspectos importantes da vida dos participantes, tais como: sexo, idade, estado civil, grau de instrução,

características habitacionais da moradia na fazenda, renda e vinculação com o trabalho.

O SF-36 é um questionário genérico de saúde desenvolvido por John Ware e colaboradores em 1992, que foi traduzido, adaptado transculturalmente e validado para o Brasil por Ciconelli et al. (1999), apresentando consistência interna (coeficiente alfa Cronbach) excedendo 0,90 para todos os domínios. Trata-se de um questionário multidimensional composto por 36 questões distribuídas em oito domínios: capacidade funcional, aspectos físicos, vitalidade, estado geral de saúde, dor, aspectos emocionais, aspectos sociais e saúde mental. Possui dois componentes, um físico e um mental, sendo que os escores de cada domínio podem variar de zero a 100 e, quanto maior o escore, melhor é a qualidade de vida relacionada à saúde. Sua interpretação é de que, quanto mais próximo do máximo da escala for a pontuação do indivíduo ou grupo, melhor será o resultado de sua avaliação e, quanto mais próximo do mínimo da escala, pior será a avaliação (Ware & Sherbourne, 1992). É autoaplicável, no formato de *Likert* de 3, 5 e 6 pontos.

137

## Análise dos Dados

Os dados foram analisados utilizando-se o *software* estatístico Minitab, com o nível de confiança de 95%. Para as análises, foram utilizados o teste Qui-quadrado, Anova e teste de correlação.

## Resultados

Os achados obtidos nessa investigação demonstraram que os trabalhadores estudados são, em sua maioria, do sexo masculino (87,1%), casados/união estável (82,3%), idade entre 18 a 22 anos (22,6%), moram com a família (83,9%), têm filhos (85,5%), moradia possui luz elétrica e água encanada (100%), moradia

com poço artesiano ou semiartesiano (61,3%), moradia que não possui tratamento de água (35,5%), possui ensino fundamental incompleto (59,7%), denominam-se de cor parda (53,2%) e são católicos (54,8%).

Os participantes da pesquisa trabalham com carteira assinada (100%), têm renda individual de um a três salários mínimos (91,9%) e renda familiar de um a três salários mínimos (75,8%), tem tempo de serviço na fazenda de até 5 anos (67,8%), trabalham como pantaneiro há mais de vinte e um anos (35,5%), trabalham na função de serviços gerais (66,1%), trabalham 44 horas semanais (71%).

Quando relacionado o sexo do participante aos domínios do SF-36, foram obtidas diferenças significativas nos domínios: capacidade funcional ( $p<0,01$ ), aspectos físicos ( $p<0,04$ ) e dor ( $p<0,01$ ), com o sexo masculino apresentando melhores resultados (Quadro 1).

138

<b>Sexo/SF-36</b>	<b>CF</b>	<b>AF</b>	<b>D</b>	<b>ES</b>	<b>V</b>	<b>AS</b>	<b>AE</b>	<b>SM</b>
<b>Masc.</b>	90,3	86,6	74,5	77,8	83,0	88,0	88,3	85,3
<b>Fem.</b>	70,0	62,5	53,4	80,1	86,3	85,9	66,7	82,0
<b>Pvalor</b>	<b>&lt;0,01</b>	<b>&lt;0,04</b>	<b>&lt;0,01</b>	0,73	0,64	0,82	0,08	0,66

*Quadro 1.* Correlação entre características sociodemográficas (sexo) e o SF-36. Siglas: CF (Capacidade Funcional); AF (Aspectos Físicos); D (Dor); ES (Estado de Saúde); V (Vitalidade); AS (Aspectos Sociais); AE (Aspectos Emocionais); SM (Saúde Mental)

Os achados obtidos quanto à faixa etária dos participantes, relacionada aos domínios do SF-26, demonstraram existir diferenças significativas entre os domínios: estado de saúde ( $p<0,02$ ), aspectos sociais ( $p<0,02$ ) e saúde mental ( $p<0,02$ ), indicando que os participantes com mais de 40 anos apresentam melhores resultados (Quadro 2).

Faixa Etária/ SF-36	CF	AF	D	ES	V	AS	AE	SM
18 a 28 anos	88,7	78,9	66,3	69,6	76,3	76,3	77,2	74,7
29 a 39 anos	91,1	80,6	69,6	78,8	87,2	89,6	90,7	86,9
Mais de 40 anos	84,4	89,0	77,6	84,1	86,0	95,0	88,0	91,2
p-valor	0,38	0,53	0,38	<0,02	0,13	<0,02	0,40	<0,02

*Quadro 2.* Correlação entre características sociodemográficas (faixa etária) e o SF-36. Siglas: CF (Capacidade Funcional); AF (Aspectos Físicos); D (Dor); ES (Estado de Saúde); V (Vitalidade); AS (Aspectos Sociais); AE (Aspectos Emocionais); SM (Saúde Mental)

Quando relacionados estado civil e os domínios do SF-36, os participantes do estudo demonstraram diferenças significativas entre o domínio estado de saúde ( $p<0,01$ ), indicando que os participantes casados/união estável possuem melhor estado de saúde que os solteiros/separados (Quadro 3).

139

Estado Civil/SF-36	CF	AF	D	ES	V	AS	AE	SM
Solteiro/Separado	90,0	72,7	65,1	66,0	80,5	78,4	84,8	78,9
Casado/União Estável	87,2	85,8	73,2	80,7	84,0	89,7	85,6	86,2
p-valor	0,60	0,22	0,38	<0,01	0,57	0,13	0,94	0,27

*Quadro 3.* Correlação entre características sociodemográficas (estado civil) e o SF-36. Siglas: CF (Capacidade Funcional); AF (Aspectos Físicos); D (Dor); ES (Estado de Saúde); V (Vitalidade); AS (Aspectos Sociais); AE (Aspectos Emocionais); SM (Saúde Mental)

## Discussão

Nesta pesquisa, a maioria dos participantes foi do sexo masculino (87,1%). Lima (2014), em pesquisa realizada com população rural do município de Atibaia, estado de São Paulo, encon-

trou uma maioria de 64,5% do sexo feminino. Pessoa e Alchieri (2014) encontraram, em seu estudo de qualidade de vida com agricultores orgânicos do interior Paraibano, uma maioria de homens. Faker (2015) realizou um estudo que avaliou saúde mental e qualidade de vida em trabalhadores rurais (cortadores de cana-de-açúcar, todos do sexo masculino) de uma usina de álcool e açúcar do estado de Mato Grosso do Sul. Costa Neto (2016) encontrou uma maioria de 53,16% de homens nos assentamentos estudados na sua pesquisa, referindo que, no meio rural, existe uma “masculinização” na população trabalhadora assalariada.

140 A maioria dos participantes são casados/união estável (82,3%), moram com a família (83,9%), têm filhos (85,5%). As moradias possuem luz elétrica e água encanada (100%), moradia com poço artesiano ou semiartesiano (61,3%), moradia que não possui tratamento de água (35,5%). Esses resultados também foram encontrados no estudo realizado por Lima (2014), em que 70,4% da amostra são casados/amasiados; por Pessoa e Alchieri (2014) sendo que os pesquisados contam com abastecimento de energia elétrica e de água; e por Faker (2015), que encontrou em seu estudo que 100% dos participantes tinham filhos.

Observa-se que, nos achados do presente estudo, 59,7% dos participantes da pesquisa possuem ensino fundamental incompleto. Lima (2014) encontrou que 55,8% da amostra que estudou não chegou a concluir o ensino fundamental. Os achados da pesquisa realizada por Pessoa e Alchieri (2014) também encontraram uma maioria que possui ensino fundamental incompleto. Na pesquisa realizada por Faker (2015), a maioria dos participantes (36%) não possuía nenhuma escolaridade, e outra parte significativa (29,5%) tinha curso fundamental incompleto.

Em relação à renda, os dados obtidos demonstraram que a amostra tem renda individual de um a três salários mínimos

(91,9%) e renda familiar de um a três salários mínimos (75,8%). Esses resultados corroboram os encontrados por Lima (2014), em que 64,2% recebem entre menos de 1 e 2 salários mínimos, e os achados de Faker (2015), que encontrou que 56% têm renda familiar de 1 a 2 salários mínimos.

Nos achados deste estudo, destaca-se que os participantes têm tempo de serviço na mesma fazenda de até 5 anos (67,8%), trabalham como pantaneiros há mais de vinte e um anos (35,5%) e 44 horas semanais (71%). Lima (2014) encontrou em seu estudo que a média de tempo de trabalho na função atual é de 12,7% anos e 40,6% horas de trabalho semanal.

Na relação entre sexo e o SF-36, os participantes do estudo demonstraram diferença significativa entre os domínios capacidade funcional, aspectos físicos e dor, indicando que o sexo masculino apresenta melhores resultados nesses domínios. Esses achados foram corroborados em pesquisa realizada por Fontoura Junior e Guimarães (2017), que realizaram um estudo com peões pantaneiros em que foi mensurada a saúde, qualidade de vida e capacidade para o trabalho; os resultados indicaram um melhor resultado no componente mental do que no componente físico desses trabalhadores. Guimarães et al. (2018) encontraram, em estudo de qualidade de vida e aspectos de saúde em trabalhadores pantaneiros, diferenças significativas entre homens e mulheres, corroborando os achados desta pesquisa, em que as participantes do sexo feminino apresentam piores resultados nos domínios capacidade funcional, aspectos físicos e dor.

Os achados obtidos demonstraram que, na relação entre faixa etária e os domínios do SF-36, há diferenças significativas entre os domínios estado de saúde, aspectos sociais e saúde mental, entre as faixas etárias de 18 anos a 28 anos e com mais 40 anos, indicando que os participantes com mais de 40 anos têm melhor estado de saúde, aspecto social e saúde mental. O estudo reali-

zado por Guimarães et al. (2018) corroborou os achados desta pesquisa, pois os autores também encontraram em trabalhadores pantaneiros diferenças significativas entre os domínios estado de saúde, aspectos sociais e saúde mental, no que se refere à faixa etária.

Quando se relacionou estado civil e os domínios do SF-36, os participantes do estudo demonstraram diferenças significativas entre o domínio estado de saúde, indicando que os participantes casados/união estável possuem melhor estado de saúde que os solteiros/separados.

Portanto os achados deste estudo também demonstraram que as pessoas que vivem e trabalham em áreas rurais, têm necessidades de que sejam realizadas ações e tomadas iniciativas por parte do poder público para que possam ter garantidos seus direitos referentes ao acesso a saúde, educação e segurança no trabalho.

142

## **Considerações Finais**

Este estudo realizado com trabalhadores pantaneiros evidenciou que eles vivem e trabalham em um cenário que apresenta difícil acesso quanto a atenção à saúde (somente disponibilizada nos centros urbanos), educação (oferecida em algumas escolas pantaneiras, com grandes distâncias entre si ou na cidade), baixos salários (o que dificulta o poder de compra para os trabalhadores), situações também demonstradas em outros estudos com trabalhadores rurais.

Assim, políticas públicas específicas são necessárias para os trabalhadores pantaneiros, pois estas podem propiciar a promoção e a prevenção da saúde, viabilizar avanços no acesso à educação para todos, visto que essas práticas favorecem a qualidade de vida para os trabalhadores rurais e suas famílias, sendo formas eficazes de minimizar gastos públicos.

Entre as limitações do presente estudo, está o fato de ser ele de corte transversal. Sugere-se que outras pesquisas sejam realizadas com populações pantaneiras, para que possam ser feitas futuras comparações específicas, das necessidades desses trabalhadores rurais.

## Referências

- Alves, R. A., & Guimarães, M. C. (2012). De que sofrem os trabalhadores rurais? Análise dos principais motivos de acidentes e adoecimentos nas atividades rurais. *Informe Gepec*, 16(2), 39-56. Disponível em [e-revista.unioeste.br/index.php/gepec/article/viewFile/5563/6988](http://e-revista.unioeste.br/index.php/gepec/article/viewFile/5563/6988)
- Alves Filho, J. P. (2001). Segurança e saúde na agricultura: aspectos gerais. *Anais do Seminário da região sul e sudeste, campanha nacional de prevenção de acidentes do trabalho na área rural* (pp. 8-12). Chapecó, SC: DRT/SC.
- Banducci Junior, A. A. (2007). *A natureza do pantaneiro: Relações sociais e representação de mundo no “Pantanal da Nhecolândia”*. Campo Grande, MS: Ed. UFMS, 2007. 143
- Brasil (2012). Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 13 jun.2013. Dispõe sobre a realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)
- Brasil. (2013). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta*. 1a ed. Brasília: Ministério da Saúde.
- Buss, P. M. (2003). Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In D. Czeresnia, & C. M. Freitas (Orgs.). *Promoção*

*da saúde: Conceitos, reflexões e tendências.* Rio de Janeiro: Fiocruz.

Cardoso, A. C. M. (2015). O trabalho como determinante do processo saúde-doença. *Tempo Social, Revista de Sociologia da USP*, 27(1), 73-93. Disponível em [www.scielo.br/pdf/ts/v27n1/0103-2070-ts-27-01-00073.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ts/v27n1/0103-2070-ts-27-01-00073.pdf)

Carvalho Junior et al. (2012). Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de cortadores de cana-de-açúcar nos períodos de entressafra e safra. *Revista Saúde Pública*, 46(6), 1058-1065.

144  
Ciconelli et. al. (1999). Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 39(3). Disponível em [http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILAC\\_S&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=296502&indexSearch=ID](http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILAC_S&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=296502&indexSearch=ID)

Costa Neto, M. C. (2016). Cuidado psicossocial em saúde mental: Estudo em assentamentos rurais do Rio Grande do Norte (Dissertação de mestrado em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil).

Faker, J. N. (2015). A cana nossa de cada dia: saúde mental e qualidade de vida em trabalhadores rurais de uma usina de álcool e açúcar de mato grosso do sul. In L. A. M. Guimarães, D. A. Camargo, M. C. M. V. Silva (Orgs.), *Temas e pesquisas em saúde mental e trabalho* (pp. 173-194). Curitiba: CRV.

Floriano, C. O. (2009). Identificação da qualidade de vida no meio rural no município de Major Vieira. *Ágora: R. Divulg. Cient.*, 16(1), 99-107. Disponível em [www.periodicos.unc.br/index.php/agora/article/view/10](http://www.periodicos.unc.br/index.php/agora/article/view/10)

Fontoura Junior, E. E., & Guimarães, L. A. M. (2017). Saúde, qualidade de vida e capacidade para o trabalho de peões pantaneiros da região de Aquidauana, MS, Brasil. In R. Missias-Moreira, Z. N. Sales, M. A. Marroni, & L. R. O. G. Amaral (Orgs.). *Qualidade de vida e condições de saúde de diversas populações* (Vol. 1), Curitiba: Editora CRV.

Guimarães, L. A. M. (2015). Qualidade de vida e psicologia da saúde ocupacional. In A. J. N. Ogata (Org.), *Temas avançados em qualidade de vida* (Vol. 1). Londrina, PR: Midiograf.

Guimarães, L. A. M. et al. (2015). Saúde do trabalhador e contemporaneidade. In L. A. M. Guimarães, D. A. Camargo, & M. C. M. V. Silva (Orgs.), *Temas e pesquisas em saúde mental e trabalho* (pp. 15-39). Curitiba, PR: CRV.

Guimarães et al. (2018). Qualidade de vida e aspectos de saúde em trabalhadores pantaneiros. *Revista Arquivos Brasileiros de Psicologia* (no prelo).

Guimarães, M. C., & Brisola, M. V. (2015). Pesquisas sobre qualidade de vida no trabalho nos contextos produtivos rural e agroindustrial brasileiros. In J. N. G. Araújo, M. C. Ferreira, & C. P. Almeida (Orgs.), *Trabalho e saúde: Cenários, impasses e alternativas no contexto brasileiro* (1a ed.). São Paulo: Opção Editora.

Kageyama, A. (2004). Desenvolvimento rural: Conceito e um exemplo de medida. *Cadernos de Ciência & Tecnologia*, 21(3), p. 379-408. Disponível em <https://seer.sct.embrapa.br/index.php/cct/article/view/8702>

Leite, M. O. F. (2010). *Comitiva de boiadeiros no pantanal sul-mato-grossense: Modo de vida e leitura da paisagem* (Dissertação de mestrado em Ciência Ambiental, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil).

Lima, P. J. P., & Oliveira, H. B. (2014). Aspectos de saúde e qualidade de vida de residentes em comunidades ru-

rais. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 38(4), 913-930. Disponível em [pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-756152](http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-756152)

Lima, P. J. P. (2014). *Avaliação da qualidade de vida e transtornos mentais comuns de residentes em áreas rurais* (Tese de doutorado em Saúde Coletiva, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil).

Meireles, C. E. (2000). Segurança e saúde ocupacional rural. *Anais do Simpósio Brasileiro sobre Ergonomia e Segurança no Trabalho Florestal e Agrícola* (pp. 69-78). Viçosa, MG: SIF/UFV – Depto de Engenharia Florestal.

Nogueira, A. X. (2002). *Pantanal: Homem e cultura*. Campo Grande, MS: Editora UFMS.

Pereira, E. F., Teixeira, C. S., & Santos, A. (2012). Qualidade de vida: Abordagens, conceitos e avaliação. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, 26(2), 241-50. Disponível em [www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1807-55092012000200007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-55092012000200007)

Peres, F. (2009). Saúde, trabalho e ambiente no meio rural brasileiro. *Ciência & saúde coletiva*, 14(6), 1996-2004. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000600007&script=sci\\_abstract&tlang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000600007&script=sci_abstract&tlang=pt)

Pessoa, Y. S. R. Q., & Alchieri, J. C. (2014). Qualidade de vida em agricultores orgânicos familiares no interior parabano. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 34(2), 330-343. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932014000200006&script=sci\\_abstract&tlang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932014000200006&script=sci_abstract&tlang=pt)

Pessoa, V. M., & Rigotto, R. M. (2012). Agronegócio: Geração de desigualdades sociais, impactos no modo de vida e novas necessidades de saúde nos trabalhadores rurais. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 37(125), 65-

77. Disponível em [www.scielo.br/pdf/rbs0/v37n125/a10v37n125.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbs0/v37n125/a10v37n125.pdf)
- Ponte, K. F. (2004). (Re) pensando o conceito do rural. *Revista Nera*, 7(4), 20-28. Disponível em: <http://revista.fct.unesp.br/index.php/nera/article/view/1477>
- Ribeiro, M. A. S. (2014). *Entre os ciclos de cheias e vazantes a gente do Pantanal produz e revela geografias* (Tese de doutorado em Geografia, Instituto de Geociências, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil).
- Ribeiro, C. G., Ferretti, F., & Sá, C. A. (2017). Qualidade de vida em função do nível de atividade física em idosos urbanos e rurais. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20(3), 330-339. Disponível em [www.scielo.br/pdf/rbgg/v20n3/pt\\_1809-9823-rbgg-20-03-00330.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v20n3/pt_1809-9823-rbgg-20-03-00330.pdf)
- Sales, E. C., & Ramos, J. C. L. (2014). *Guia para Análise da Situação de Saúde do Trabalhador – SUS/Bahia*. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador. Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador - SESAB/ SUVISA/DIVAST/CESAT. Salvador: DIVAST.
- Seidl, E. M. F., & Zannon, C. M. L. C. (2004). Qualidade de vida e saúde: Aspectos conceituais e metodológicos. *Caderno de Saúde Pública*, 20(2), 580-588. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000200027&script=sci\\_abstract&tlang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000200027&script=sci_abstract&tlang=pt)
- Ware, J. E. (2003, April). Conceptualization and measurement of health-related quality of life: Commentsonan envolving field. *Arch Phys Med Rehabil*, 84(4 Suppl 2), S43-51 .
- Ware, J. E. Jr. & Sherbourne, J. E. C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I Conceptual framework and item selection. *Medcare*, 30(6), 473-483.

World Health Organization (1946). *Constitution of the World Health Organization, Basic Documents* (45a ed.). Genebra: WHO.

# Capítulo VI

## *Fatores de Riscos Psicossociais em Professores de Escolas Pantaneiras*

*Helen Paola Vieira Bueno*  
*Liliana Andolpho Magalhães Guimarães*

### Introdução

O tema Fatores de Riscos Psicossociais (FRP) no trabalho vem sendo discutido pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS) desde o final da década de 1970, evidenciando sua influência na saúde do trabalhador. Durante a década de 1980, a OIT e a OMS lançaram um documento (International Labour Organization [ILO], 1986) com o objetivo de divulgar os efeitos, as consequências e a natureza dos FRP, assim como medidas de prevenção, redução e eliminação desses fatores no local de trabalho.

149

Tanto a OIT como a OMS concordam que o progresso econômico não depende apenas de produção, mas de melhores condições de vida, trabalho, saúde e bem-estar, tanto dos trabalhadores como de seus familiares. A OIT (1984) define risco psicossocial em termos da interação entre conteúdo e trabalho, organização do trabalho e gerenciamento (Cox & Griffiths, 1995). Já a OMS (Kalimo, El-Batavi, & Cooper, 1987) considera os FRP como fatores que se originam e influenciam a saúde e o bem-estar do indivíduo, do grupo e da estrutura da organização do trabalho. Outras condições ambientais e organizacionais por

um lado, e competências e necessidades dos empregados, por outro, também podem provocar riscos que influenciam a saúde dos trabalhadores (Silva, 2006).

A profissão docente vem se caracterizando como uma atividade repetitiva, com tarefas fragmentadas e submetidas a intensos ritmos de trabalho (Souza, & Leite, 2011), sendo considerada também uma das mais estressantes, uma profissão de risco, segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT, 1984). O professor é afetado em sua saúde física e psicológica pela falta de recursos humanos e materiais, pelas carências nas condições de trabalho, pela violência nas salas de aula e pelo esgotamento físico (Pallazzo, Carlotto, & Aerts, 2013; Koga et al., 2015). Segundo Carlotto (2011) e Silveira, Enumo, Paula, e Batista (2014), ser professor é uma das profissões mais estressantes da atualidade, haja vista que a jornada de trabalho desse profissional é longa, com pequenas ou raras pausas para descanso ou refeições; o ritmo é intenso, acompanhado de dupla ou tripla jornada, além de realizar um trabalho que exige altos níveis de atenção e concentração, exercendo uma função que não é reconhecida socialmente na forma devida.

Além de atender todas as exigências inerentes a sua profissão na atualidade, o professor de escola pantaneira precisa ainda lidar com viagens constantes para as escolas em estradas sem infraestrutura utilizando transporte precário, vivenciar a distância de familiares, amigos e da sua residência e encontrar escolas sem o material necessário e adequado para exercer sua profissão. Leite (2014) afirma que a equipe de profissionais que trabalha em escola pantaneira deve estar preparada e ser continuamente formada, pois, além de ensinar mais do que conteúdos, precisa ensinar a compreender e valorizar o Pantanal, utilizando esse ambiente como local de aprendizagem, para conhecer as histórias pantaneiras e transmiti-las no contexto do cotidiano.

O professor de escola pantaneira precisa se ausentar de sua residência por um período de duas semanas a dois meses e tem que interagir com seu aluno em períodos que não se limitam aos da aula, pois também se torna responsável pelo aluno que está alojado na escola e não tem como voltar para casa todos os dias. Assim sendo, professores e alunos convivem também além dos muros da escola, encontrando-se no café da manhã, almoço e jantar, assim como nos finais de semana, em que ambos não vão para casa e o professor passa a cuidar do aluno interno na escola, orientando-o sobre suas necessidades diárias, além do cuidado e manutenção dos alojamentos. De acordo com Thimoteo (2003, p. 9), a escola pantaneira faz com que os professores assumam uma multiplicidade de papéis, na medida em que os alunos passam a ficar alojados sob os cuidados do professor, em tempo integral.

Analizando todas as atribuições do professor de escola pantaneira, que diferem em muito daquelas de um professor de escola urbana, escolheu-se estudar os fatores de risco psicosociais que permeiam seu trabalho e seu dia a dia laboral. Este trabalho é inédito, visto a inexistência de pesquisas ou estudos sobre a saúde mental de professores que trabalham na região do Pantanal de Aquidauana, no estado de Mato Grosso do Sul.

151

## **Método**

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, quantitativo, em que participaram professores de cinco escolas do município de Aquidauana, estado de Mato Grosso do Sul, Brasil, situadas no Pantanal sul-mato-grossense e coordenadas pela Gerência Municipal de Educação (GEMED). A totalidade de professores ( $N=26$ ) participou; todos têm formação superior, sendo 21 mulheres e 5 homens, com idade entre 20 e 50 anos. Como instrumentos de pesquisa foram utilizados o *Copenhagen Psychosocial*

*Questionnaire* (COPSOQ), elaborado por Kristensen (2002) e validado para o Português por Silva (2006), com equivalência para o português do Brasil feita pela autora, e um Questionário Sócio Demográfico e Ocupacional (QSDO), construído especialmente para este estudo.

O COPSOQ é uma ferramenta que tem como objetivo avaliar e melhorar o ambiente psicossocial do trabalho. No presente estudo, foi utilizada a versão longa do COPSOQ, que possui 35 dimensões e 119 questões; avalia indicadores de exposição (riscos psicossociais) e indicadores do seu efeito (saúde, satisfação e estresse); possui uma escala do tipo *Likert* de 5 pontos (1-nunca/quase nunca, 2-raramente, 3- às vezes, 4- frequentemente e 5- sempre) ou (1- nada/quase nada, 2-um pouco, 3-moderadamente, 4-muito e 5-extremamente). O grau de consistência interna obtida na validação portuguesa variou entre 0,60 e 0,90, podendo observar-se robustez psicométrica, o que o habilita a apresentar resultados fidedignos.

O QSDO, elaborado especialmente para atender os objetivos deste estudo, é composto de um conjunto de 23 perguntas fechadas, de múltipla escolha ou de completar. Os dados obtidos com a aplicação dos questionários foram inseridos e analisados por meio do *software* SPSS versão 22a.

Foi apresentado inicialmente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A seguir, aplicou-se o Questionário Sócio Demográfico e Ocupacional (QSDO), que teve a duração de aproximadamente 20 minutos. Depois foi aplicado o COPSOQ, com duração de aproximadamente 30 minutos. Conforme o número de professores de cada fazenda, o protocolo de pesquisa era aplicado em grupo ou individualmente com autopreenchimento. A pesquisadora ficava presente para dirimir quaisquer dúvidas que surgissem.

Foram cumpridos todos os preceitos éticos recomendados, tendo sido o projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), sob o n. 46891215.6.0000.5162.

## Resultados

A população de 26 professores estudados (100,0%) caracteriza-se por ser formada por uma maioria de mulheres (80,8%), casadas (50,0%), com idades entre 26 a 40 anos (69,3%), e que cursaram o ensino superior completo (65,4%). Trabalham como professor de 0 a 5 anos (61,5%), como professor de escola pantaneira de 0 a 5 anos (76,9%), com carga horária de 26h/a (42,3%), e a maioria considera boa a sua qualidade de vida (84,6%), assim como o seu ambiente de trabalho (73,1%).

A Figura 1, a seguir, apresenta os resultados gerais nas subescalas do COPSOQ, por meio da divisão em tercis, em um modelo tricolor, pela facilidade de interpretação e demonstração dos dados, em que foram avaliadas as dimensões que oferecem riscos à saúde, as dimensões consideradas como protetivas à saúde e as dimensões que permanecem em nível intermediário.

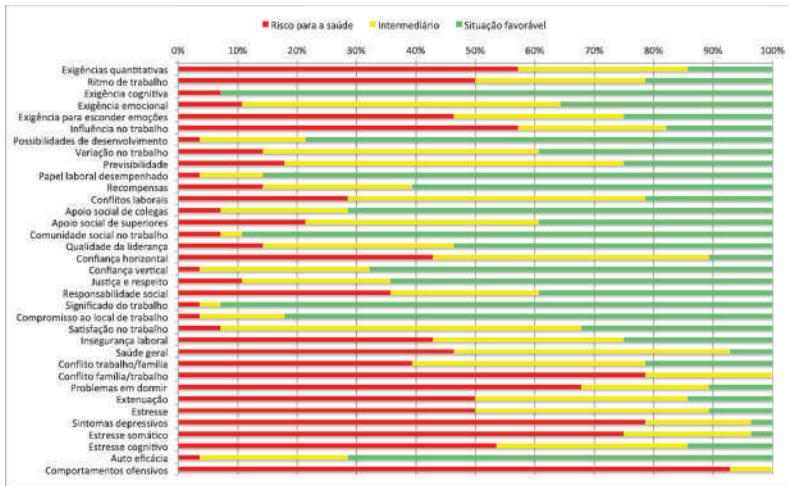


Figura 1. Análise descritiva de todas as dimensões avaliadas na versão longa do COPSOQ.

154

De todas as dimensões avaliadas na versão longa do COPSOQ (Figura 1), as variáveis que apresentaram riscos psicossociais para a saúde dos professores de escolas pantaneiras foram as seguintes:

(i) exigências quantitativas: relacionadas à carga de trabalho desigual, falta de tempo para completar as tarefas e exigências de realizar tarefas fora do horário de trabalho;

(ii) ritmo de trabalho: necessidade de trabalhar rapidamente;

(iii) influência no trabalho: diz respeito ao grau de influência do professor no seu trabalho, se o professor tem alguma participação na escolha das pessoas com quem trabalha, se pode influenciar a quantidade de trabalho que compete a si e se tem alguma influência sobre o tipo de tarefa que realiza;

(iv) conflito família/trabalho: são as questões relacionadas ao sentimento de que a vida particular e familiar exige muita energia e muito tempo e afeta negativamente o trabalho;

(v) problemas em dormir: referem-se às dificuldades em adormecer, dormir mal e de forma sobressaltada, acordar demasiadamente cedo e depois ter dificuldades em adormecer novamente, ou acordar várias vezes durante a noite e não conseguir adormecer novamente;

(vi) extenuação: é a sensação de sentir-se cansado, esgotado, fisicamente exausto e emocionalmente exausto;

(vii) estresse: são as questões relacionadas às dificuldades em relaxar e o sentimento de irritabilidade, tensão e ansiedade;

(viii) sintomas depressivos: diz respeito a sentimentos de tristeza, de falta de autoconfiança, sentimento de culpa ou peso na consciência e falta de interesse por coisas cotidianas;

(ix) estresse somático: representado pelas dores de barriga, aperto ou dor no peito, dores de cabeça, palpitações, tensão em vários músculos;

(x) estresse cognitivo: representado pelas dificuldades em concentrar-se, em tomar decisões, em lembrar-se de algo e pensar claramente;

(xi) comportamentos ofensivos: diz respeito ao envolvimento em conflitos ou discussões, ter sido alvo de rumores ou calúnias, ter sido alvo de insultos ou provocações verbais, ter sido exposto a assédio sexual indesejado, ter sido exposto a ameaças de violência e ter sido exposto à violência física (Silva, 2006).

## **Discussão**

Nesta pesquisa, 80% dos professores de escolas pantaneiras são mulheres, em conformidade com a maioria das pesquisas relacionadas ao perfil do professor. Embora o Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE, 2014) aponte que, entre 2002 e 2013, houve crescimento de 64,41% no número de homens no magistério, a profissão do-

cente, no mesmo período, ainda era composta por 83,1% de mulheres, revelando que, no contexto atual, a profissão docente é majoritariamente exercida por mulheres, e a formação profissional ainda está arraigada, do ponto de vista sociocultural, nos grupos femininos.

Esta pesquisa revela que a totalidade dos professores de escolas pantaneiras da região do município de Aquidauana possui ensino superior completo, diferentemente do que aponta a maioria das pesquisas relacionadas a professores de escola do campo ou rural, que apresenta nível inferior de escolaridade. Nessa direção, o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP, 2007) assinala que os professores do campo não possuem nível de escolaridade adequada para atuar no ensino fundamental porque apenas 8,8% possuem ensino superior completo, seguido de 82,9% com ensino médio e 8,3% com ensino fundamental. O fato de os professores de escolas pantaneiras possuírem ensino superior completo na totalidade da amostra pode ocorrer porque, na cidade de Aquidauana, MS, existe um *campus* da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul desde o ano de 1970, disponibilizando para a população local e cidades vizinhas cursos de licenciatura plena como Pedagogia, Letras, Biologia, Matemática, História e Geografia, contribuindo para a formação de professores nessa região.

No presente estudo, 100% dos homens e 81% das mulheres consideraram sua Qualidade de Vida (QV) como “Boa”, semelhantes aos achados de Oliveira Filho, Netto-Oliveira e Oliveira (2012), em que 84,3% dos docentes percebem sua QV como boa ou muito boa; sendo verificadas diferenças a favor dos homens, quando se avalia cada grupo de forma isolada e que uma percepção mais positiva da QV ocorre em 86,3% dos homens e 82,9% das mulheres. Outros estudos sobre QV com professores indicam índice de 49% para boa QV e de 30% para muito boa QV,

como é o caso do estudo de Koetz, Rempel, e Périco (2013), e de 65,6% na pesquisa de Penteado e Pereira (2007). Alguns estudos relacionando a qualidade de vida entre homens e mulheres no público em geral também revelam que as mulheres são mais propensas a desenvolver escores médios inferiores de QV em relação ao sexo masculino (Martinelli et al., 2008; Vuillemin et al., 2008; Karini, 2009). Vale ressaltar que a Qualidade de Vida é uma noção subjetiva independente das condições reais, objetivas e concretas de trabalho.

Em relação às exigências quantitativas, 57,1% dos professores de escolas pantaneiras do município de Aquidauana, MS, Brasil, precisam realizar tarefas fora do horário de trabalho, porque ficam alojados nas fazendas onde trabalham por um período de 15 dias a 2 meses. Em algumas escolas, onde funciona o sistema de internato para alunos, os educadores precisam conviver e cuidar de seus alunos em tempo integral, pois, além de desempenhar o papel de professor, precisam também desempenhar o papel de cuidadores, até mesmo à noite e aos finais de semana, quando estão na fazenda.

157

Existe apenas uma escola pantaneira, entre as cinco, na qual o professor vai e volta para casa todos os dias, mas, por conta da distância da escola em relação à cidade, o professor sai de casa ainda de madrugada para embarcar no transporte, e volta para casa somente no início da tarde, sendo que as aulas terminam às 11 horas da manhã. Esse movimento de sair de casa muitas horas antes do início da aula e voltar mais tarde também significa uma carga a mais de trabalho e menos tempo para outras atividades. Seligmann-Silva (1994, 2015) afirma que as cargas de trabalho representam um conjunto de esforços despendidos para atender as exigências das tarefas laborais, abarcando esforços físicos, cognitivos e emocionais. As exigências quantitativas do emprego (e.g., demasiado trabalho para o tempo disponível)

apontam para a noção geral de que o *burnout* é a resposta a uma sobrecarga, segundo Gomes e Quintão (2011).

Sobre o ritmo de trabalho, que foi um dos itens do COPSOQ que se mostrou como risco psicossocial para os professores de escolas pantaneiras, Leal e Teixeira (2010) afirmam que os ritmos de trabalho docente são produzidos na “correria” da escola, transitando de um conteúdo a outro, de casa para a escola e da escola para casa, em ritmos marcados pelas modulações e ordenamentos dos horários e calendários escolares. Apesar das extensas jornadas de trabalho, o tempo lhes parece curto, porque são inúmeras as atividades que precisam realizar no período em que permanecem nos espaços escolares. O ritmo de trabalho refere-se à intensidade com que uma tarefa é desenvolvida, significando o esforço físico, intelectual ou emocional empregado para executar uma quantidade de trabalho em uma unidade de tempo, podendo também estar ligado a altos níveis de pressão do tempo (Rosso, 2002).

158

Seja aquele professor de escola pantaneira que tem que transitar em um ônibus, em média 100 km por dia, em estradas sem infraestrutura para ir e voltar da escola, seja aquele professor que precisa ficar 15 dias ou meses na escola pantaneira, por não ter acesso de retorno à sua casa-escola, o tempo constitui-se um importante elemento no processo de ensino-aprendizagem. O tempo ainda regula a vida do aluno que sai às 3 horas da manhã de casa para pegar o ônibus escolar e chegar às 7 horas da manhã na escola pantaneira e, muitas vezes, dorme na sala, cansado da rotina de estradas. Os professores não podem pedir tarefas escolares, visto que muitos alunos saem de madrugada de suas casas e só retornam às 17 horas, horário em que precisam tomar banho, jantar e dormir, para enfrentar novamente sua dura rotina escolar. Portanto o tempo que se leva para chegar à escola, ou o tempo que se leva para voltar para casa, seja para

o professor, seja para o aluno, conta como ritmo de trabalho de todo o contexto da escola pantaneira.

Outro risco psicossocial apontado pelos professores de escolas pantaneiras é a falta de influência no trabalho, relacionado com as pessoas com quem trabalham, a quantidade e o tipo de tarefa que realizam. Segundo Carlotto e Palazzo (2006), o professor que trabalha diuturnamente tem sido excluído das decisões institucionais, sendo apenas um executor de tarefas elaboradas por outros. Um dos desafios das escolas refere-se a sua tarefa de conceber, estimular, manter e avaliar o trabalho coletivo, e não pode ser pensado por uma única pessoa, de forma processual e coletivamente avaliada (Mamedes, 2005). Alberton, Sechini, e Mezzari (2011) entrevistaram professores de duas escolas municipais de uma cidade do interior do estado do Paraná e concluíram que as direções das escolas pesquisadas oportunizam pouco espaço para a participação dos professores nos processos decisórios, o que contribui para que essa situação continue sem avanços democráticos.

Na escola pantaneira, assim como ocorre nas escolas urbanas, o professor não decide quem serão seus colegas de trabalho, a quantidade de trabalho que recairá sobre si e em qual escola irá lecionar, seja a mais próxima da cidade que fica a 50 km de distância, seja a mais distante, localizada a 170 km. Monteiro (2006) evidencia que essa democratização interfere decisivamente na maneira como os professores desenvolvem atividades que inovam sua prática em sala de aula, de forma a respeitar as individualidades e um trabalho reflexivo e crítico.

Os conflitos trabalho-família (quando os conflitos do trabalho afetam a vida familiar) e família-trabalho (quando os conflitos da família afetam o trabalho) constituem-se como um fenômeno com potencial para afetar todos aqueles que conciliam atividades domésticas com obrigações de trabalho, mas,

no Brasil, somente nos últimos anos, esse fenômeno tem sido objeto de estudo de pesquisadores (Santujá, & Barham, 2005; Aguiar, 2012). Os professores de escolas pantaneiras percebem mais interferência da família no trabalho (78,6%) do que do trabalho na família (39%), diferentemente de diversas pesquisas sobre o tema, as quais revelam uma maior frequência do conflito do trabalho na família (Casper, Martin, Buffardi, & Erdwins, 2002; Santujá & Barham, 2005; Souza, 2007). Tal achado pode ser explicado pelo fato de que os professores pantaneiros passam muito tempo longe da família, alojados nas escolas em um período que varia de 15 dias a dois meses e, quando estão em casa, nos finais de semana em que podem visitar a família e os amigos, possuem pouco tempo para os afazeres domésticos que lhe são solicitados, tendo a sensação de que a vida particular e familiar lhes exige muita energia e tempo.

160

A Eurofound & EU-OSHA (2014) afirmam que os riscos para esse tipo de conflito estão ligados a horários de trabalho irregulares, a demandas conflituosas do trabalho e da casa e baixo apoio das pessoas que residem na casa. Aguiar, Bastos, Jesus e Lago. (2014) afirmam que três elementos distintos podem estar na origem da percepção de conflito entre trabalho e família ou família-trabalho: o tempo, a tensão e o comportamento. Em relação ao tempo, considera-se que ele é um recurso finito e que gastá-lo em atividades de um domínio (trabalho; família) pode impedir que ele seja investido em outra esfera da vida (família; trabalho). No segundo tipo de conflito, a tensão é gerada porque um domínio passa a ser a fonte de dificuldades para o bom desempenho em outro domínio. Por fim, tem-se o comportamento conflituoso, em que os padrões comportamentais específicos de um papel são incompatíveis com as expectativas comportamentais para outro papel. Para Carlotto (2010), as novas organizações de trabalho já não permitem ao professor atender no

horário de trabalho todas as atribuições que lhe são exigidas, ocorrendo dessa forma o conflito entre trabalho e vida além do trabalho.

Da amostra, 67,9% apresentaram problemas relacionados ao sono, dado que a rotina da escola pantaneira começa muito cedo. Para quem leciona em uma única escola para a qual se desloca diariamente, o dia começa por volta das 4 horas da manhã para utilizar o transporte escolar que o leva até seu destino. Aqueles professores que moram e trabalham na escola em um período que varia de 15 dias a 2 meses, têm uma rotina diária de acordar cedo, acompanhando o ritmo de trabalho do campo. Esses resultados não podem ser comparados, pela inexistência de estudos similares feitos com professores pantaneiros. No entanto estudos realizados com professores universitários, (Inocente, Inocente, Inocente, & Reimão, 2009) e com professores da rede pública de ensino da cidade de Poços de Caldas, interior do estado de Minas Gerais (Valle, Reimão, & Malvezzi, 2011), corroboraram os achados obtidos.

Da população estudada de professores pantaneiros (N=26), 50% apresentaram sintomas de extenuação, risco psicosocial que é caracterizado como sensação de sentir-se esgotado e exausto física e emocionalmente. Segundo Carlotto (2014), a exaustão emocional é caracterizada pela falta ou carência de energia e entusiasmo e sentimento de esgotamento de recursos; também Benevides-Pereira (2012) em referência a isso, caracteriza a exaustão física como a sensação de fadiga constante, distúrbios do sono, cefaleia, mialgias, enxaquecas, perturbações gastrointestinais, imunodeficiência, transtornos cardiovasculares, alterações do sistema respiratório, disfunções sexuais e alterações menstruais em mulheres.

Tanto os sintomas físicos quantos os emocionais do esgotamento podem levar à falta de atenção e concentração, alterações

da memória, lentificação do pensamento, sentimento de alienação, solidão, insuficiência, impaciência, desânimo, disforia, depressão, desconfiança e paranoia, e até sintomas como ausência ou excesso de escrúpulos, irritabilidade, agressividade, incapacidade para relaxar, dificuldade de aceitação de mudanças, perda da iniciativa, aumento do consumo de substâncias, comportamento de alto risco, probabilidade de suicídios. Podem ocorrer também sintomas defensivos, como: tendência para o isolamento, sentimento de onipotência, perda do interesse pelo trabalho ou lazer, insônia e cinismo (Carlotto & Pizzinato, 2013; Carlotto, 2011; Benevides-Pereira, 2012).

Os professores de escolas pantaneiras do município de Aquidauana apresentaram índices de estresse (50,0%), fator psicosocial de risco considerado como dos mais importantes, que pode se apresentar sob a forma de sintomas relacionados ao sentimento de irritabilidade, tensão e ansiedade. Não foram encontrados na literatura, dados de pesquisa relacionados ao estresse do professor de escolas pantaneiras, mas uma revisão sistemática realizada por Baião e Cunha (2013) sobre as principais disfunções ou doenças ocupacionais em docentes encontrou os seguintes registros: o estresse (33,3%) e a exaustão emocional (33,3%) foram as doenças que obtiveram maior destaque na literatura pesquisada, seguidos de distúrbios da voz (20%) e distúrbios musculoesqueléticos (20%). Pereira et al. (2014), que realizaram pesquisa sobre estresse com 349 professores de educação básica de escolas públicas municipais e estaduais de Florianópolis, estado de Santa Catarina, identificaram alta prevalência de morbidades como disfonias, tensão emocional, problemas psiquiátricos, psicológicos, visuais, neurológicos e físicos, do sistema imunológico e cardiovascular.

No caso deste estudo, 75% dos professores pantaneiros apresentaram estresse somático representado por dores na barriga,

peito, cabeça, palpitação e tensões, e 53,6% apresentaram estresse cognitivo, que diz respeito às dificuldades de concentração, decisão e memória. Baião e Cunha (2013) sugerem que o processo de adoecimento do educador/professor ocorre principalmente pelos agentes estressores enfrentados diariamente na docência. Professores pantaneiros precisam viajar frequentemente em estradas com pouca infraestrutura e em transportes precários, fator que pode influenciar os resultados deletérios à saúde propiciados pelo estresse. Outros fatores que podem estar associados a esses resultados são o longo tempo que ficam distantes da família e amigos, o recebimento de salários atrasados com frequência, a falta de benefícios salariais e a falta de estrutura física nas escolas, como quadras, laboratórios, alojamentos adequados para professores e alunos, e materiais em sala de aula.

Na presente pesquisa, os sintomas depressivos apresentaram-se com altos índices (78,6%) no total da amostra, revelando que a maioria dos professores de escolas pantaneiras sente-se triste, insegura, desinteressada pelas ocorrências do dia a dia e com sentimento de culpa. Além disso, outros sintomas associados podem surgir como as crises de choro, os lapsos de memória, a dificuldade de concentração e de tomada de decisão, a subjugação, a despersonalização, entre outros. Batista, Carlotto, e Moreira (2013) realizaram um estudo em 414 fichas médicas individuais de professores do município de João Pessoa, no estado da Paraíba, cujos diagnósticos que afastaram os sujeitos do trabalho correspondiam aos transtornos mentais e constataram que mais da metade das licenças (51%) tinha sido causada por diagnóstico de depressão, que os impossibilitou de exercerem sua função por um período de tempo que variou de 10 a 360 dias. Seligmann-Silva (2015) afirma que, nos Centros de Referência do Trabalhador (CERESTS), as depressões foram

os quadros clínicos mais encontrados, e a análise dos históricos de trabalho e saúde permitiu constatar que a depressão, muitas vezes, teve início em íntima conexão com as pressões do trabalho precarizado. Gomes e Quintão (2011) apontam que os professores com mais sintomas depressivos são os que lecionam em níveis de ensino inferiores e que possuem uma maior carga horária.

Diante dos resultados apresentados pelos professores pantaneiros, é possível fazer um paralelo entre a depressão e a Síndrome de *Burnout* (SB). A SB, segundo Jackson e Maslach (1981), é considerada uma síndrome psicológica, em resposta aos estressores crônicos presentes no ambiente de trabalho, caracterizada por sintomas de exaustão emocional, despersonalização e diminuição da satisfação pessoal com o trabalho, estando associada também aos sentimentos de incompetência e ineficácia. Para Glass e McKnight (1996), Lautert (1997) e o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Psiquiátricos (DSM-IV-TR) (American Psychiatric Association[APA], 2002), existem fortes evidências da relação entre a ocorrência de eventos estressantes e o desencadeamento de sintomas depressivos, sendo possível avaliar simultaneamente a sintomatologia depressiva e a SB.

Professores pantaneiros apresentaram um alto índice (92,9%) na dimensão comportamentos ofensivos, relacionado ao envolvimento em conflitos, discussões, rumores, calúnias, insultos, provocações verbais, assédio sexual ou violência física. Quanto a essa dimensão, os riscos psicossociais podem se refletir em consequências organizacionais, resultando em comportamentos hostis, aumento do absenteísmo, presenteísmo e redução na produtividade e na eficiência, maior possibilidade de erro e de acidentes de trabalho, maiores custos com a saúde, aumento de conflitos e das reclamações de toda a comunidade que

oferece ou usufrui do serviço prestado (Resende, 2013; Silva & Marques, 2013; Sobral 2015).

Os educadores das escolas pantaneiras precisam conviver de forma muito próxima com seus colegas de trabalho por um período muito longo, que varia de 15 dias a 2 meses, dividindo alojamentos, transporte, refeições e o dia a dia no trabalho. Essa aproximação pode causar atritos no ambiente de trabalho, refletindo-se, como demonstrou esta pesquisa, em alta incidência de comportamentos ofensivos, que podem ser atribuídos a uma convivência muito próxima e intensa, com ausência de políticas e ações suportivas.

Os participantes desta pesquisa apontam como fatores psicossociais de risco no exercício de sua profissão:

- (i) altas exigências quantitativas;
- (ii) alto ritmo de trabalho;
- (iii) baixa influência no trabalho, demonstrando dessa forma, pouco poder decisório na execução de suas tarefas docentes;
- (iv) percebem mais interferência da família no trabalho do que do trabalho na família;
- (v) a maioria apresenta extenuação, problemas para dormir, estresse, estresse somático, estresse cognitivo;
- (vi) os sintomas depressivos apresentaram resultados preocupantes, chegando a quase 80,0% da população estudada; e
- (vii) alto envolvimento em discussões, conflitos, provocações e violência no ambiente de trabalho.

Diante dos resultados apontados neste estudo, no qual as respostas para depressão e estresse mostraram índices altos, sugere-se que, em próximas pesquisas, sejam avaliadas a presença e os níveis da Síndrome de *Burnout* em professores de escolas pantaneiras.

Os riscos psicossociais na carreira do docente pantaneiro podem causar consequências negativas nos aspectos fisiológi-

co, cognitivo, afetivo e comportamental; e para a sociedade, nos aspectos econômicos e em um padrão de ensino inferior, bem como na administração de recursos para os gestores públicos das instituições de ensino. Neste estudo, os achados obtidos revelaram a necessidade da construção e aplicação de uma política de saúde mental voltada para o professor de escola pantaneira, como forma de prevenção, visto que sua condição de exercício profissional revela um quadro preocupante, dada a crescente prevalência e incidência de transtornos mentais neste grupo ocupacional.

## Referências

- Aguiar, C. V. N. (2012). *Conflito trabalho-família e comprometimento organizacional: Um estudo com trabalhadores de diferentes segmentos produtivos* (Dissertação de mestrado em Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil).
- Aguiar, C. V. N., Bastos, A. V. B., Jesus, E. S., & Lago, L. N. A. (2014). Um estudo das relações entre conflito trabalho-família, comprometimento organizacional e entrincheiramento organizacional. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, 14(3), 283-291. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-66572014000300004&lng=pt&tlang=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572014000300004&lng=pt&tlang=pt)
- Alberton, A. M., Sechini, L. C., & Mezzari, N. F. (2011, Outubro). Um estudo sobre a participação dos educadores no processo de democratização da escola. *Anais do 5º Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais*, Cascavel, PR. Disponível em [http://cac-php.unioeste.br/projetos/gpps/midia/seminario6/arqs/Trab\\_completos\\_politicas\\_educacionais/Um\\_estudo\\_sobre\\_participacao\\_educadores\\_processo\\_democrati.pdf](http://cac-php.unioeste.br/projetos/gpps/midia/seminario6/arqs/Trab_completos_politicas_educacionais/Um_estudo_sobre_participacao_educadores_processo_democrati.pdf).

American Psychiatric Association. (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Psiquiátricos* (Cláudia Dornelles, Trad., 4a ed. rev.). Porto Alegre: Artmed.

Baião, L. P. M., & Cunha, R. G. (2013). Doenças e/ou disfunções ocupacionais no meio docente: uma revisão de literatura. *Rev. Formação@Docente*, 5(1). doi: 10.15601/2237-0587/fd.v5n1p6-21

Batista, J. B. V., Carlotto, M. S., & Moreira, A. M. (2013). Depressão como causa de afastamento do trabalho: Um estudo com professores do ensino fundamental. *Psico*, 44(2), 257-262. Disponível em <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/11551>

Benevides-Pereira, A. M. T. (2012). Considerações sobre a síndrome de burnout e seu impacto no ensino. *Boletim de Psicologia*, 62(137), 155-168. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0006-59432012000200005&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432012000200005&lng=pt&tlng=pt)

167

Carlotto, M. S., & Palazzo, L. S. (2006). Síndrome de burnout e fatores associados: um estudo epidemiológico com professores. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(5), 1017-1026. doi: 10.1590/S0102-311X2006000500014

Carlotto, M. S. (2010). *Síndrome de Burnout: O estresse ocupacional do professor*. Canoas, RS: Ed. da Ulbra.

Carlotto, M. S. (2011). Síndrome de Burnout em professores: Prevalência e fatores associados. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(4), 403-410. doi: 10.1590/S0102-37722011000400003

Carlotto, M. S. (2014). Prevenção da síndrome de burnout em professores: um relato de experiência. *Mudanças - Psicologia da Saúde*, 22(1), 31-39. doi: 10.15603/2176-1019/mud.v22n1p31-39

- Carlotto, M. S., & Pizzinato, A. (2013). Avaliação e interpretação do mal-estar docente: um estudo qualitativo sobre a Síndrome de Burnout. *Rev. Mal Estar e Subjetividade*, 13(1-2), 195-220. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-61482013000100008&lng=pt&tlang=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482013000100008&lng=pt&tlang=pt)
- Casper, W. J., Martin, J. A., Buffardi, L. C., & Erdwins, C. J. (2002). Work-family conflict, perceived organizational support, and organizational commitment among employed mothers. *Journal of Occupational Health Psychology*, 7(2), 99-108. doi: 10.1037/1076-8998.7.2.99
- Conselho Federal de Psicologia. (2000). *Resolução CFP n. 016*, de 20 de dezembro de 2000. Disponível em <http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/manuais/qualidade/Cfp16-00.pdf>
- Conselho Nacional de Saúde. (2012). *Resolução n. 466*, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)
- Cox, T., & Griffiths, A. (1995). The nature and measurement of work stress: Theory and practice. In J. R. Wilson, & E. N. Corlett (Eds.), *Evaluation of human work: A practical ergonomics methodology*. London, England: Taylor & Francis.
- Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. (2014). *Transformações recentes no perfil do docente das escolas estaduais e municipais de educação básica: Uma análise a partir dos dados da Pnad* (DIEESE n. 141). Disponível em <http://www.dieese.org.br/notatecnica/2014/notaTec141DocentesPnadvf.pdf>
- Eurofound & EU-OSHA. (2014). *Psychosocial risks in Europe Prevalence and strategies for prevention*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

- Glass, D. C., & Mcknight, J. D. (1996). Perceived control, depressive symptomatology and professional burnout: a review of the evidence. *Psychology and Health*, 11(1), 23-48. doi: 10.1080/08870449608401975
- Gomes, A. P. R., & Quintão, S. R. (2011). Burnout, satisfação com a vida, depressão e carga horária em professores. *Análise Psicológica*, 29(2), 335-344. Disponível em [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0870-82312011000200010&lng=pt&tlang=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312011000200010&lng=pt&tlang=pt).
- Inocente, C. O., Inocente, J. J., Inocente, N. J., & Reimão, R. (2009). Estresse, burnout e sono em professores. In R. Reimão (Ed.), *Sono: Medicina do sono, desafios para o século XXI*. São Paulo: Associação Paulista de Medicina.
- Instituto Nacional de Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. (2007). *Panorama da educação no campo*. Brasília, DF: INEP. Disponível em <http://portal.inep.gov.br/documents/186968/484154/Panorama+da+Educa%C3%A7%C3%A3o+do+Campo/5b9c2ed7-208b-48ff-a803-cd3851c5c6c9?version=1.2> 169
- International Labour Organization, Committee on Occupational Health. (1986). *Psychosocial factors at work: Recognition and control*. Report of the Joint ILO/WHO (Occupational Safety and Health Series, 56). Geneva, CH. Disponível em [http://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/1986/86B09\\_301\\_engl.pdf](http://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/1986/86B09_301_engl.pdf)
- Jackson, S. E., & Maslach, C. (1981). The Measurement of Experienced Burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99-113. doi: 10.1002/job.4030020205
- Kalimo, R., El-Batawi, M. A., & Cooper, C. L. (1987). Psychosocial factors at work and their relation to health. Geneva: World Health Organization. Disponível em <http://www.who.int/iris/handle/10665/40996>

Karini, G. de O. (2009). Análise da auto-percepção de qualidade de vida de homens e mulheres entre 18 e 64 anos da cidade de Aveiro, Portugal (Dissertação de mestrado em Ciências do Desporto, Faculdade de Desporto, Universidade do Porto, Porto, Portugal). Disponível em [https://sigarra.up.pt/fdup/pt/pub\\_geral.pub\\_view?pi\\_pub\\_base\\_id=22375](https://sigarra.up.pt/fdup/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=22375)

Koetz, L., Rempel, C., & Périco, E. (2013). Qualidade de vida de professores de Instituições de Ensino Superior Comunitárias do Rio Grande do Sul. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(4), 1019-1028. doi: 10.1590/S1413-81232013000400015

Koga, G. K. C., Melanda, F. N., Santos, H. G., Sant'Anna, F. L., González, A. D., Mesas, A. E., & Andrade, S. M. (2015). Fatores associados a piores níveis na escala de Burnout em professores da educação básica. *Cadernos Saúde Coletiva*, 23(3), 268-275. doi: 10.1590/1414-462X201500030121

170 Kristensen, T. S. (2002). A new tool for assessing psychosocial factors at work: The Copenhagen Psychosocial Questionnaire. TUTB Newsletter. Disponível em [https://www.researchgate.net/publication/304022303\\_A\\_new\\_tool\\_for\\_assessing\\_psychosocial\\_factors\\_at\\_work\\_The\\_Copenhagen\\_Psychosocial\\_Questionnaire](https://www.researchgate.net/publication/304022303_A_new_tool_for_assessing_psychosocial_factors_at_work_The_Copenhagen_Psychosocial_Questionnaire)

Lautert, L. (1997). Desgaste profissional: uma revisão da literatura e implicações para a enfermaria. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 18(2), 83-93. Disponível em <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4135>

Leal, A. A. A., & Teixeira, I. A. C. (2010). Ritmo de trabalho. In D. A. Oliveira, A. M. C. Duarte, & L. M. F. Vieira (Coords.), *Dicionário: Trabalho, profissão e condição docente*. Belo Horizonte: UFMG/Faculdade de Educação.

Leite, F. C. T. (2014). Escola pantaneira: Um relato de experiência. In F. M. N. S. Ferreira, H. P. V. Bueno, & M. C. Beck (Orgs.),

- Pantanal: Pesquisas educacionais em destaque* (Vol. 3, pp. 145-167). Campo Grande, MS: Editora UFMS.
- Mamedes, C. B. L. (2005). *Democracia na escola pública e participação de professores*. Cáceres, MT: Editora Unemat.
- Martinelli, L. M. B., Mizutani, B. M., Mutti, A., D'elia, M. P., Coltro, R. S. & Matsubara, B. B. (2008). Quality of life and its association with cardiovascular risk factors in a community health care program population. *Clinical Science*, 63(6), 783-788. doi: 10.1590/S1807-59322008000600013
- Monteiro, M. A. A. (2006). *Um estudo da autonomia docente no contexto do ensino de ciências nas séries iniciais do Ensino Fundamental* (Tese de doutorado em Educação, Universidade Estadual Paulista, Bauru, SP, Brasil). Disponível em <http://www2.fc.unesp.br/BibliotecaVirtual/ConteudoAction.do?idDocumento=27#>
- Oliveira Filho, A., Netto-Oliveira, E. R., & Oliveira, A. A. B. (2012). Qualidade de vida e fatores de risco de professores universitários. *Revista da Educação Física/UEM*, 23(1), 57-67. doi: 10.4025/reveducfis.v23i1.10468
- Organização Internacional do Trabalho. (1984). A condição dos professores: recomendação internacional de 1966, um instrumento para a melhoria da condição dos professores. Genebra: OIT/Unesco. Disponível em <http://unesdoc.unesco.org/images/0016/001604/160495por.pdf>
- Palazzo, L. S., Carlotto, M. S., & Aerts, D. R. G. C. (2013). Burnout syndrome: population based study on public servants. *Rev. Saúde Pública*, 46(6), 1066-1073. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102012000600017&lng=en&tlang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000600017&lng=en&tlang=pt).
- Penteado, R. Z., & Pereira, I. M. T. B. (2007). Qualidade de vida e saúde vocal de professores. *Revista de Saúde Pública*, 41(2), 236-243. doi: 10.1590/S0034-89102007000200010

- Pereira, E. F., Teixeira, C. S., Pelegrini, A., Meyer, C., Andrade, R. D., & Lopes, A. S. (2014). Estresse relacionado ao trabalho em professores de educação básica. *Ciencia & Trabajo*, 16(51), 206-2010. doi: 10.4067/S0718-24492014000300013
- Resende, J. C. S. C. (2013). A influência de fatores psicossociais no *Burnout* experienciado/percebido pelos professores universitários (Dissertação de mestrado em Psicologia do Trabalho e das Organizações, Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal). Disponível em <http://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/3892>
- Rosso, S. D. (2002). Tempo de trabalho. In A. D. Cattani (Org.), *Dicionário crítico sobre trabalho e tecnologia* (4a ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Santujá, G., & Barham, E. J. (2005). Uma análise do equilíbrio trabalho e família no contexto brasileiro. *Revista Nucleus*, 3(1), 53-62. doi: 10.3738/nucleus.v3i1.424
- 172 Seligmann-Silva, E. (1994). *Desgaste mental no trabalho dominado*. São Paulo: Cortez.
- Seligmann-Silva, E. (2015). Desemprego e desgaste mental: desafio às políticas públicas e aos sindicatos. *Revista Ciências do Trabalho*, 4, 89-109. Disponível em <http://www.dmtendebate.com.br/desemprego-e-desgaste-mental-desafio-as-politicas-publicas-e-aos-sindicatos/>
- Silva, C. F. da (2006). *Copenhagen Psychosocial Questionnaire - COPSOQ*. Medição do índice de capacidade humana para o trabalho em trabalhadores portugueses. Portugal e Países africanos de língua portuguesa [Review and adaptation of the book Copenhagen Psychosocial Questionnaire - COPSOQ by T. Kristensen et. al]. Aveiro, PT: Análise Exacta.
- Silva, S. M., & Marques, P. H. (2013, Maio). Pessoal não docente: Identificação de fatores de risco psicossociais no desempenho laboral. *Paper session presented at the*

- International Congress on Safety and Labour Market*, Covilhã. Disponível em [http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/3571/Pessoal%20n%C3%A3o%20docente\\_identifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20fatores%20de%20risco\\_ICSLM\\_P011\\_2013.pdf?sequence=1](http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/3571/Pessoal%20n%C3%A3o%20docente_identifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20fatores%20de%20risco_ICSLM_P011_2013.pdf?sequence=1)
- Silveira, K. A., Enumo, S. R. F., Paula, K. M. P., & Batista, E. P. (2014). Estresse e enfrentamento em professores: uma análise da literatura. *Educação em Revista*, 30(4), 15-36. doi: 10.1590/S0102-46982014000400002
- Sobral, R. C. (2015). Fatores psicossociais de risco no trabalho e a síndrome de burnout (Tese de doutorado em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil). Disponível em <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/313074>
- Souza, A. N., & Leite, M. P. (2011). Condições de trabalho e suas repercussões na saúde dos professores da educação básica no Brasil. *Educ. Soc.*, 32(117), 1105-1121. doi: 10.1590/S0101-73302011000400012
- Souza, E. S. (2007). *Um estudo sobre a repercussão do conflito trabalho-família e família-trabalho na satisfação no trabalho e na família e sua consequência na satisfação do hóspede: O caso da rede hoteleira de Porto de Galinhas* (Dissertação de mestrado em Administração, Faculdade de Boa Viagem, Recife, PE, Brasil).
- Thimoteo, F. E. P. (2003). Programa escola pantaneira. In G. S. Lotta, H. B. Barboza, M. A. C. Teixeira, & V. Pinto (Orgs.), *20 experiências de gestão pública e cidadania*. São Paulo: Programa Gestão Pública e Cidadania.
- Valle, L. E. L. R. (2011). *Estresse e distúrbios do sono no desempenho de professores: saúde mental no trabalho* (Tese de doutorado em Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil).

- Valle, L. E. R., Reimão, R., & Malvezzi, S. (2011). Reflexões sobre Psicopedagogia, estresse e distúrbios do sono do professor. *Revista Psicopedagogia*, 28(87), 237-245. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-84862011000300004&lng=pt&tlang=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862011000300004&lng=pt&tlang=pt).
- Vuillemin, A., Boini, S., Bertrais, S., Tessier, S., Oppert, J. M., Hercberg, S., Guillemin, F., & Briançon, S. (2005). Leisure time physical activity and health-related quality of life. *Preventive Medicine*, 41(2), 562-569. doi: 10.1016/j.ypmed.2005.01.006

## Parte II

# *Saúde do Trabalhador do Pantanal de Aquidauana, MS, Brasil: Propostas de Intervenção*



*“Ser pantaneiro é ser vida do gado”.*  
(Trabalhador pantaneiro entrevistado)

# Capítulo VII

## *Saúde no Contexto Rural e/ou Áreas Remotas: Intervenções Possíveis*

*Alessandra Laudelino Neto  
Liliana Andolpho Magalhães Guimarães*

### **Introdução**

Estabelecidas como uma ameaça para a saúde, as doenças crônicas contribuem para importantes demandas nos sistemas de segurança social e de saúde, além de cooperar com a redução da produtividade, incapacidade prolongada e diminuição dos recursos das famílias, produzindo um fardo econômico global no desenvolvimento e crescimento econômico. Múltiplos fatores estão vinculados diretamente à prevalência das doenças não transmissíveis, e.g., o envelhecimento populacional e a globalização de estilos de vida pouco saudáveis (Bloom et al., 2011).

177

As quatro principais doenças não transmissíveis listadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), contribuintes para a morbimortalidade, são as doenças cardiovasculares, 30% (incluindo a doença cardíaca e o acidente vascular cerebral); câncer, 13%; doenças respiratórias crônicas, 7% (incluindo a doença pulmonar obstrutiva crônica e asma); e diabetes, 2%; porém cabe salientar que as doenças mentais contribuem para as doenças não transmissíveis. Importante, ainda, incluir as afecções osteomusculares/doenças musculoesqueléticas, pois estas impõem condições e custos privados e sociais e podem diminuir severa-

mente a capacidade para o trabalho, como nas áreas rurais, em atividades produtivas que abrigam 50% da população do mundo (Bloom et al., 2011).

Em relação aos Transtornos Mentais Menores (TMM), estima-se que estes afetem cerca de 18% da população mundial adulta, no período de 12 meses, e 30%, ao longo da vida, com repercussões importantes relacionadas à saúde pública e evidenciando custos socioeconômicos para a economia global, como os relatados, *e.g.*, por países da União Europeia, estimados entre 3 e 4% de seu produto interno bruto (PIB); pela Austrália, com mais de US \$ 8 bilhões gastos durante 2013-2014 com saúde mental. Em recente estudo de revisão com previsões macroeconômicas de US \$ 16 trilhões de 2012-2032 no mundo sobre doenças não transmissíveis, as condições de saúde mental foram apontadas como um dos principais fatores que mais contribuem para esse ônus econômico global (Kessler & Üstün, 2008; Bloom et al., 2011; Steel et al., 2014; Considine et al., 2017).

178

No Brasil, dados previdenciários relatam que as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo e os transtornos mentais e do comportamento se constituem como a segunda e terceira maiores causas de absenteísmo e incapacidade para o trabalho, respectivamente, com 395 mil trabalhadores afastados ou aposentados por invalidez em 2016 (Brasil, 2017). Revelam, ainda, que esses trabalhadores adiam sobremaneira a busca de atendimento especializado. Em áreas rurais e remotas, ocorrem ainda, as barreiras geodemográficas. Diversos estudos, no mundo, corroboram esses indicadores, evidenciando que os problemas de saúde abrangem, em sua maioria, o pico da idade dedicada ao trabalho (adulto) e incidem em diferentes níveis socioeducacionais (Kalimo, 2005; Organisation for Economic Cooperation and Development [OECD], 2012; Steel et al., 2014; Bovopoulos et al., 2016; Considine et al., 2017; Schelvis et al., 2017).

A Organização Mundial da Saúde elencou os quatro maiores riscos modificáveis - características que as sociedades ou indivíduos podem mudar para melhorar os resultados de saúde, que contribuem para as doenças não transmissíveis: (i) má alimentação, (ii) sedentarismo, (iii) tabagismo e (iv) uso nocivo de álcool e/ou outras substâncias lícitas e/ou ilícitas. Pode-se citar como fatores de risco não modificáveis a idade, o sexo e a genética, ou seja, características dos indivíduos ou dos ambientes. Estes, embora não sendo os principais alvos de intervenções, contribuem para a eficácia preventiva e tratamento, como, por exemplo, a constituição etária de uma população (Bloom et al., 2011; World Health Organization [WHO], 2011).

Considine et al. (2017) esclarecem que o contexto ocupacional pode ser apropriado para abordar problemas de saúde e elencam algumas razões, tais como: (i) tempo significativo dedicado ao trabalho; (ii) oportunidade para a busca de ajuda; (iii) combate ao estigma; (iv) enfoque na proteção da saúde e na segurança; e por fim (v) o impacto no absenteísmo, presenteísmo, produtividade, entre outros indicadores. Apesar do êxodo rural, estimativas da Organização Internacional do Trabalho (OIT) informam que cerca de 50% da população economicamente ativa trabalha em áreas rurais. A Organização Mundial da Saúde preconiza o desenvolvimento de intervenções no ambiente laboral e que integrem os níveis primário, secundário e terciário (World Health Organization [WHO], 2010; International Labor Organization [ILO], 2010; Glina & Rocha, 2010; LaMontagne et al., 2014; Vasques-Menezes, Fernandes, Guimarães, & Lima, 2016).

179

### **Determinantes Sociais da Saúde**

Alguns estudos apresentam diferentes abordagens sobre determinantes sociais da saúde e concepções em relação às cons-

truções que corroboram as iniquidades de saúde, sendo importante um olhar amplo em todas as dimensões do processo de saúde das populações, tanto individual, quanto da coletividade na qual estas estão inseridas. A Organização Mundial de Saúde (OMS) indica os determinantes sociais da saúde como relacionados às condições em que uma pessoa vive e trabalha (Buss & Pellegrini Filho, 2007).

O principal desafio dos estudos sobre as relações entre determinantes sociais e saúde consiste em estabelecer uma hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica, política e as mediações através das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas, já que a relação de determinação não é uma simples relação direta de causa-efeito. (Buss & Pellegrini Filho, 2007, p. 81)

180 O modelo *Dahlgren e Whitehead* procura esquematizar a trama dos determinantes sociais de saúde, disposta em camadas, desde os determinantes individuais, até os macro determinantes (Figura 1). Com base nesse modelo e baseados nas pesquisas realizadas, as comunidades rurais apresentam amplos desafios em relação à implementação de intervenções em saúde, por exemplo, em estilo de vida, com taxas altas de tabagismo, ou por fatores socioeconômicos, incluindo níveis mais baixos de educação e uma maior incidência de baixa renda e pobreza.



Figura 1. Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead (Freitas & Rodrigues, 2015).

181

Em ambientes rurais, apresenta-se a necessidade de programas e modelos adaptados, isto é, elaborados para atender populações rurais, como por exemplo, a modificação de materiais informativos com o uso de exemplos culturalmente apropriados. No Canadá, o programa *Rural Health Framework* utiliza abordagens e programas de promoção da saúde para entender a comunidade rural, mapear a saúde rural e identificar desafios. O *framework* - uma estrutura conceitual que provê soluções de um domínio específico - aborda o processo e incentiva um planejamento mais abrangente dos programas de promoção da saúde a partir de uma perspectiva rural (White, 2013).

Programas interventivos desenvolvidos e vinculados à saúde mental no mundo geralmente apresentam características que visam atender à diversidade e singularidade das demandas, utilizando-se principalmente de psicoeducação, no intuito do reconhecimento e suporte relacionados aos principais trans-

tornos mentais comuns (TMC) e desenvolvendo competências para uma intervenção precoce, tais como o *Mental Health First Aid (MHFA)*<sup>1</sup>, que se refere a estudos interventivos implementados em diversos países do mundo, fornecendo uma ‘alfabetização dos primeiros socorros em transtornos mentais’, obtendo evidências de sua eficácia em várias pesquisas (LaMontagne et al., 2014).

A *American Psychological Association* (APA) difundiu o *Psychologically Healthy Workplace Program*, uma iniciativa de educação pública com o intuito de efetivar uma ligação entre o bem-estar do funcionário e o desempenho organizacional. A publicação *The Psychologically Healthy Workplace: Building a Win-Win Environment for Organizations and Employees* em 2016, com inspiração nessas iniciativas, oferece diversas práticas baseadas em evidências aplicáveis à promoção da saúde mental e intervenções no contexto laboral. Nos EUA e Finlândia, tem-se, ainda, a utilização de programas de prevenção relacionados à diminuição de perdas (produtividade, trabalho) na área da saúde mental, com resultados também na assistência no reemprego, (e.g., [www.beyondblue.org.au](http://www.beyondblue.org.au)). No Canadá, ocorreu uma recente publicação, *Standard for Psychological Health and Safety in the Workplace*, em 2013, sendo uma das primeiras experiências normativas a vincular esses parâmetros. (LaMontagne et al., 2014; Grawitch & Ballard, 2016).

No Brasil, houve a publicação do Protocolo de Atenção à Saúde Mental e Trabalho (Bahia, 2014), com o intuito de reduzir as dificuldades e desafios enfrentados na articulação entre saúde mental e trabalho, organizado pela Divisão de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador da Secretaria Estadual de

---

<sup>1</sup> Mental Health First Aid USA é gerenciado e operacionalizado: National Council for Behavioral Health e Missouri Department of Mental Health, <https://www.mentalhealthfirstaid.org/>

Saúde da Bahia, baseado nas premissas da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), que integra os serviços por meio dos diversos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), criados em 2002 pelo Sistema Único de Saúde (SUS), além de portaria específica, que instituiu a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e Água (PNSIPCFA) (Araújo, Palma, & Araújo, 2017).

### **Intervenções em Saúde em Áreas Rurais e/ou Remotas**

As lacunas de intervenção em saúde em áreas rurais e/ou remotas é mais ampla, principalmente em saúde mental, por diversos motivos, sendo os geodemográficos os mais citados na literatura, ao longo do tempo. Estudos em cidades remotas australianas apresentaram tendências a pressões coercitivas dos processos socioculturais, como a cultura patriarcal, sobre a saúde mental de cônjuges de trabalhadores mineiros, além de danos ao bem-estar do relacionamento, por isolar as mulheres à vida doméstica e a um *status secundário* (Sharma & Rees, 2007; Lovell & Critchley, 2010). Todavia, experiências com modelos de intervenção culturalmente adaptados e com resultados eficazes de atenção primária à saúde mental nesses contextos (quadro 1) estão sendo desenvolvidos e implementados em diferentes partes do mundo.

<b>Equipes Volantes dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS).</b>  Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – Brasil.	<p><b>Necessidade:</b> Realizar uma busca ativa das famílias que vivem em territórios isolados, áreas rurais e de difícil acesso. Desenvolver demais serviços de Proteção Básica, sendo adaptados às condições locais específicas, com respeito seus objetivos.</p> <p><b>Intervenção:</b> Consiste em uma equipe que integra um CRAS em funcionamento. Seu objetivo é prestar serviços de Proteção Social Básica em territórios extensos, isolados, áreas rurais e de difícil acesso (Resolução CIT no 6, de 31 de Agosto de 2011).</p> <p><b>Resultados:</b> Nos locais que ocorreu a implementação, o CRAS com equipe adicional acompanharam um número maior de famílias, inseriram mais famílias novas, e realizaram mais atendimentos do que os CRAS com apenas a equipe de referência.</p>
<b>County Health Rankings &amp; Roadmaps</b>  University of Wisconsin	<p><b>Necessidade:</b> Criar lugares saudáveis para viver, aprender, trabalhar etc., com análise aprofundada das diferenças na saúde entre municípios rurais e urbanos</p> <p><b>Intervenção:</b> Ajuda as comunidades a identificar e implementar soluções que tornam mais fácil para as pessoas a serem saudáveis em seus bairros, escolas e locais de trabalho</p> <p><b>Resultados:</b> Políticas e programas que foram testados, com bons resultados, em comunidades rurais.</p>
<b>Wyoming Trauma Telehealth Treatment Clinic</b>  Universidade de Wyoming EUA.	<p><b>Necessidade:</b> Proporcionar psicoterapia a vítimas de violência doméstica e agressão sexual em áreas rurais e/ ou remotas</p> <p><b>Intervenção:</b> Psicoterapia por meio de videoconferência a clientes de centros de crise em dois locais rurais pela Clínica de Tratamento de TeleSaúde do Wyoming Trauma (WTTTC). Efetuado por estudantes de Doutorado.</p> <p><b>Resultados:</b> Os alunos ganham experiência valiosa, enquanto os pacientes recebem a terapia necessária. As sessões de terapia são gratuitas. O centro de crises ficou satisfeito com a qualidade dos serviços, e os pacientes relataram sintomas reduzidos de depressão e TEPT.</p>

<b>Madison Outreach and Services through Telehealth (MOST)</b>  Texas, USA.	<p><b>Necessidade:</b> Serviços de prevenção e tratamento de saúde mental e abuso de substâncias no Texas rural, onde a unidade médica mais próxima fica a 40 quilômetros de distância para a maioria dos residentes.</p> <p><b>Intervenção:</b> Uma rede foi formada para levar serviços de aconselhamento em inglês e espanhol por meio de sistemas de telessaúde (por telefone ou televídeo) e agentes comunitários de saúde para o Vale do Brazos, no Texas.</p> <p><b>Resultados:</b> As avaliações mostraram que os serviços de saúde mental baseados em telessaúde melhoraram a saúde mental geral entre os atendidos. Os agentes comunitários de saúde são membros da comunidade treinados para direcionar a saúde geral, sendo que compartilham etnia, idioma, status socioeconômico e experiências de vida.</p>
<b>STAIR (Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation)</b>  VA Palo Alto Health Care System (VAPAHCS)  California, USA.	<p><b>Necessidade:</b> Aumentar o acesso a serviços de saúde sexual para veteranas mulheres rurais com histórico de trauma sexuais militares e outros traumas militares</p> <p><b>Intervenção:</b> O Treinamento de Habilidades em Regulamentação Afetiva e Interpessoal é um programa de 10 semanas projetado para reduzir os sintomas de TEPT e depressão e aumentar a regulação emocional e o funcionamento social.</p> <p><b>Resultados:</b> Os terapeutas relataram que os clientes participaram de mais sessões quando oferecidos via teleconferência, e os clientes relataram satisfação com o programa.</p>
<b>Capacitação para cuidados de saúde comunitária no Malawi rural</b>  África Oriental (Wright, Chiwandira, 2016.)	<p><b>Necessidade:</b> Estabelecer e sustentar uma intervenção de partilha de tarefas em saúde de trabalhadores de saúde em aldeias no sul do Malawi</p> <p><b>Intervenção:</b> O serviço de saúde foi estabelecido entre o centro de saúde e a comunidade.</p> <p><b>Resultados:</b> Os trabalhadores reconheceram às necessidades das pessoas que vivenciaram problemas de saúde comuns e graves.</p> <p>Facilitaram 850 eventos de promoção da saúde para mais de 40.000 pessoas dentro de suas casas no Malawi rural.</p>

<b>Life Story Intervention</b> (LSI) (Haight, W., Black, J. e Sheridan, K., 2010).	<b>Necessidade:</b> Ações de saúde mental adaptada para crianças rurais (entre 7 e 17 anos) afetadas por abuso de metanfetaminas.
EUA	<b>Intervenção:</b> Narrativas baseadas em relacionamentos administrada dentro e ao redor das casas das crianças por profissionais com experiência em trabalhar com crianças, por exemplo, professores e conselheiros.
	<b>Resultados:</b> A maioria das crianças foi capaz de formar relacionamentos significativos com os profissionais da comunidade e a refletirem sobre suas experiências passadas por meio das narrativas pessoais.
<b>National Schizophrenia Fellowship</b>	<b>Necessidade:</b> Destina-se a explicar melhor a doença para reduzir estresse e aliviar o peso do cuidado, bem como para melhorar as habilidades de comunicação em áreas remotas.
Grã-Bretanha	<b>Intervenção:</b> Voluntários da National Schizophrenia Fellowship formam os membros da família para multiplicar os conhecimentos com outras famílias (Projeto de Educação e Apoio aos Cuidadores).
	<b>Resultados:</b> Embora ela não tenha sido totalmente avaliado, esta estratégia de trabalhar com as famílias apresenta resultados eficazes quando levado em consideração as culturas locais.

*Quadro 1.* Exemplos de programas e intervenções em áreas rurais e/ou remotas, implementados e com resultados eficazes. Fontes: Haight et al.(2010); Brasil (2014); Wright e Chiwandir (2016); Center for Rural Health (CRH, 2018).

Na maioria dos estudos e intervenções em áreas rurais e/ou remotas, acima citados, observa-se a utilização de novas tecnologias para romper as barreiras e dificuldades do acesso aos serviços de saúde, características similares à maior planície interiorana alagável do planeta, o Pantanal, que está localizado no centro da América do Sul, sendo alagado sazonalmente pelo Rio Paraguai e seus afluentes, determinando o ritmo de vida dos seus moradores, dadas às suas especificidades múltiplas e particulares. Porém mudanças incorporadas pela geoeconomia, (e.g., modernização), pro-

duziram, do mesmo modo, a expansão das novas tecnologias de informação e comunicação a esses contextos. Outros privilegiam o desenvolvimento de equipes dentro das comunidades ou equipes volantes, no intuito de promover uma maior adesão da população atendida, além de alcançar um maior número de participantes.

### **Considerações Finais**

Buscou-se refletir sobre as importantes e atuais repercussões relacionadas à saúde pública, em geral, decorrentes das doenças crônicas não transmissíveis, além da contribuição para esse ônus, proporcionadas pelos transtornos mentais. Nesse sentido e mediante um olhar amplo decorrente dos determinantes sociais de saúde, propõe-se o oferecimento de modelos de intervenções em saúde e os respectivos benefícios ocasionados, com ênfase e detalhamento nos serviços de intervenção culturalmente adaptados e com resultados mais eficazes de atenção à saúde no contexto rural e/ou em áreas remotas, vinculados diretamente ou não aos contextos laborais.

187

### **Referências**

- Araújo, T. M., Palma, T. F., & Araújo, N. C. (2017). Vigilância em saúde mental e trabalho no Brasil: Características, dificuldades e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(10): 3235-3246, DOI: 10.1590/1413-812320172210.17552017.
- Bahia. (2014). Secretaria de Saúde do Estado. Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador (DIVAST). *Protocolo de atenção à saúde mental e trabalho*. Salvador: DIVAST.
- Bloom, D. E., Cafiero, E. T., Jané-Llopis, E., Abrahams-Gessel, S., Bloom, L. R., Fathima, S., . . . Weinstein C. (2011). *The global economic burden of non-communicable diseases*. Geneva: World Economic Forum.
- Bovopoulos, N., Jorm, A. F., Bond, K. S., LaMontagne, A. D., Reavley, N. J., Kelly, C. M., . . . Martin, A. (2016). Providing

- mental health first aid in the workplace: a Delphi consensus study. *BMC Psychology*, 4(41). Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4971664/>
- Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Vigilância Socioassistencial. *Boletim de responsabilidade da CGVIS/DGSUAS/SNAS/MDS*, Brasília, 2014.
- Brasil. Ministério da Fazenda. *Adoecimento mental e trabalho: A concessão de benefícios por incapacidade relacionados a transtornos mentais e comportamentais entre 2012 e 2016: 1º Boletim Quadrimestral sobre Benefícios por Incapacidade de 2017*. Brasília: Ministério da Fazenda, 2017.
- Buss, P. M., & Pellegrini Filho, A. (2007). A saúde e seus determinantes sociais. *Physis [online]*, 17(1), 77-93. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>.
- Center for Rural Health. (2018). *Rural Health Information Hub*. University of North Dakota. School of Medicine & Health Sciences. Disponível em <https://ruralhealth.und.edu/projects/rhihub>
- Considine, R., Tynan, R., James, C., Wiggers, J., Lewin, T., Inder, K., . . . Kelly, B. (2017). A contribuição das características individuais, sociais e de trabalho para a saúde mental dos funcionários em uma população da indústria de mineração de carvão. *PLoS ONE*, 12(1), e0168445. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0168445>
- Freitas, M. B., & Rodrigues, S. C. A. (2015). Determinantes sociais da saúde no processo de trabalho da pesca artesanal na Baía de Sepetiba, estado do Rio de Janeiro. *Saúde Soc.*, 24(3), 753-764. Disponível em <https://www.scielosp.org/pdf/sau-soc/2015.v24n3/753-764/pt>
- Glina, D. M. R., & Rocha, L. E. (2010). Prevenção do estresse no trabalho. In D. M. R. Glina, & L. E. Rocha (Orgs.), *Saúde mental no trabalho da teoria à prática*. São Paulo: Roca.
- Grawitch, M. J., Ballard, D. W. (Eds.) (2016). *The psychologically healthy workplace: Building a win-win environment for or-*

- ganizations and employees.* Disponível em <http://www.apa.org/pubs/books/4318134.aspx?tab=2>
- Haight, W., Black, J., & Sheridan, K. (2010). Uma intervenção em saúde mental para crianças em situação rural, famílias envolvidas com metanfetaminas: Avaliação experimental com elaboração qualitativa. *Revisão dos Serviços para Crianças e Jovens*, 32(10), 1146-1457. <http://doi.org/10.1016/j.chillyouth.2010.06.024>
- International Labour Office (ILO). (2010). *Mental health in the workplace*. Geneva: International Labour Office. Disponível em [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed\\_emp/@ifp\\_skills/documents/publication/wcms\\_108221.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_emp/@ifp_skills/documents/publication/wcms_108221.pdf)
- Kalimo R. (2005). Reversed causality—a need to revisit systems modeling of workstress-health relationships. *Scand J Work Environ Health*. 31(1), 1-2.
- Kessler, R. C. T., & Üstün, T. B, (Ed.) (2008). *The WHO mental health survey: Global perspectives on the epidemiology of mental disorders*. Geneva: WHO.
- LaMontagne, A. D., Martin, A., Page, K. M., Reavley, N. J., Noblet, A. J., Milner, A. J., . . . Smith, P. M. (2014). Workplace mental health: Developing a integrated intervention approach. *BMC Psychiatry*, 14(131). Disponível em <https://bmcpyschiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-14-131>
- Lovell, J., & Critchley, J. (2010). Women living in a remote Australian mining community: Exploring their psychological well-being. *Aust J Rural Health*, 18(3), 125-30. doi: 10.1111/j.1440-1584.2010.01143.x.
- Organisation for Economic Co-Operation and Development (OECD). (2012). Sick on the job? myths and realities about mental health and work. Paris: OECD. Disponível em [https://www.gamian.eu/wp-content/uploads/2014/05/Miranda\\_OECD\\_sick-on-the-job\\_presentation\\_Vilnius-2013.pdf](https://www.gamian.eu/wp-content/uploads/2014/05/Miranda_OECD_sick-on-the-job_presentation_Vilnius-2013.pdf)
- Schelvis, R. M. C., Wiezer, N. M., Beek, A. J., Twisk, J. W. R., Bohlmeijer, E. T., Hengel, K. M. O. (2017). The effect of an orga-

- nizational level participatory intervention in secondary vocational education on work-related health outcomes: Results of a controlled trial. *BMC Public Health*, 17(141). Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5282626/>
- Sharma, S., & Rees, S. (2007). Consideration of the determinants of women's mental health in remote Australian mining towns. *Aust J Rural Health*, 15(1), 1-7.
- Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, C., Chey, T., Jackson, J. W., Patel, V., & Silove, D. (2014). The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. *Int J Epidemiol*, 43(2), 476-93. doi: 10.1093/ije/dyu08.
- Vasques-Menezes, I., Fernandes, S. R. P., Guimarães, L. A. M., Lima, E. P. (2016). Saúde mental e trabalho: Uma proposta de intervenção em contextos organizacionais. In H. Mendonça, M. C. Ferreira, & E. R. Neiva (Orgs.), *ANÁLISE E DIAGNÓSTICO ORGANIZACIONAL: TEORIA E PRÁTICA* (pp. 251-272). São Paulo: Votor.
- 190 White, D. (2013). Development of a rural health framework: Implications for program service planning and delivery. *Healthcare Policy*, 8(3), 27-41. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23968625>
- World Health Organization (WHO). (2010). Healthy workplaces: A model for action for employers, workers, policymakers and practitioners. Geneva: WHO. Disponível em [http://www.who.int/occupational\\_health/publications/healthy\\_workplaces\\_model.pdf](http://www.who.int/occupational_health/publications/healthy_workplaces_model.pdf)
- World Health Organization. (WHO, 2011). Global status report on non-communicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization.
- Wright, J., & Chiwandira, C. (2016). Building capacity for community mental health care in rural Malawi: Findings from a district-wide task-sharing intervention with village-based health workers. *Int J Soc Psychiatry*, 62(6): 589-96. doi: 10.1177 / 0020764016657112.

## Capítulo VIII

# *Saúde Mental do Trabalhador Readaptado: Estudo de Caso de uma Professora de Escola Pantaneira*

*Helen Paola Vieira Bueno*

*Vanusa Meneghel*

*Sylvio Takayoshi Barbosa Tutyá*

*Liliana Andolpho Magalhães Guimarães*

### Introdução

191

O mundo do trabalho sofreu mudanças significativas nos últimos anos, influenciando nos seus meios de produção e de serviços. Essas mudanças resultaram em danos físicos e mentais para os trabalhadores, trazendo riscos emergentes relacionados à saúde ocupacional e segurança no trabalho, com exigências laborais demasiadas, que provocam no indivíduo aumento de estresse, podendo também levar ao absenteísmo e ao presenteísmo, resultando em prejuízos para as organizações e para os trabalhadores (Guimarães et al., 2015). Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT, 2011), os riscos que antes eram físicos, químicos e biológicos passaram a ser também psicossociais, e estes têm sido identificados como um dos grandes desafios da atualidade, ligados aos problemas relacionados ao estresse, à violência, ao assédio e à intimidação no trabalho.

Discutir a relação entre saúde mental e trabalho não é uma tarefa fácil, visto que há dificuldade de se estabelecer o nexo entre trabalho e transtornos mentais. Quando se trata de adoecimento mental relacionado ao trabalho, destaca-se o número cada vez mais frequentes de diagnósticos por Transtornos Mentais Menores (TMM) em trabalhadores, entre eles, os professores (Lancman, Toldrá, & Santos, 2010). O processo de adoecimento do trabalhador pelo trabalho está no desgaste físico, mental e emocional vivenciado por ele ao realizá-lo (Cardoso, 2014).

De acordo com Seligmann-Silva, Bernardo, Maeno, e Kato (2010), a atenção à subjetividade do trabalhador e aos aspectos psicosociais ainda é minimizada ou ignorada em alguns ambientes de trabalho. A OIT (1984) reconhece a relevância do papel ocupado pelos professores na contemporaneidade, uma vez que estes são os responsáveis pelo preparo do cidadão para a vida, para o progresso da educação e para o desenvolvimento do homem na sociedade moderna, mas também reconhece que a profissão docente é hoje considerada uma das mais estressantes e de risco.

Entre as doenças ocupacionais em professores, aquelas relacionadas a fatores psíquicos estão crescendo em muitos países (Guglielmi & Tatrow, 1998). Como causas de adoecimento, encontram-se o ritmo intenso e as precárias condições de trabalho, o aumento da exigência cognitiva, a perda de autonomia em sala de aula, a falta de acompanhamento técnico, políticas de educação insuficientes (Mendes, 2015), salários insatisfatórios, não reconhecimento social do trabalho (Monteiro, Dalagasperina, & Quadros, 2012), indisciplina/violência e desinteresse dos alunos (Mesquita, Gomes, Lobato, Gondim, & Souza, 2013; Monteiro et al., 2012).

Um dos maiores desafios do mundo do trabalho na contemporaneidade é a questão da readaptação profissional, que requer acompanhamento na avaliação, orientação e encaminhamento para exercer novas funções. Para Chagas, Lima, e Matos (2016),

embora pareça ser cruel reinserir o profissional no mercado de trabalho, constitucionalmente não é, sendo uma nova oportunidade para o trabalhador de buscar melhores condições de vida, visto que o trabalho traz dignidade ao indivíduo.

Assim, faz-se necessário demonstrar o importante trabalho desenvolvido pelos profissionais que atuam como professores em escolas pantaneiras, que precisam se ausentar de suas casas por um período de 15 dias a três meses para morar e trabalhar onde estão lotados. Além da distância da cidade de Aquidauana e de outras cidades no entorno, as escolas pantaneiras têm também o problema do difícil acesso a elas, pois, dependendo da época do ano, por conta do ciclo das águas, muitas vezes é impossível chegar às escolas pantaneiras por meios terrestres.

Foi realizado um estudo de caso que teve como objetivo compreender e descrever os fatos ou situações expostas pela entrevistada e buscar proporcionar conhecimento sobre o fenômeno pesquisado, assim como comprovar ou contrastar relações evidenciadas no caso (Yin, 2010). Desse modo, foi feito um “Protocolo do Estudo do Caso”, contendo todos os procedimentos, os instrumentos e as regras que devem ser seguidas na aplicação e no uso dos instrumentos, que se constitui numa estratégia para aumentar a fidedignidade da pesquisa e contém: i) uma visão geral do projeto do estudo de caso, com os objetivos propostos, as questões do estudo de caso e as leituras relevantes; ii) os procedimentos de campo; iii) *locus* de pesquisa, as questões do estudo de caso, os formulários para o registro dos dados; e iv) um guia para o relatório do Estudo do Caso.

Participou deste estudo de caso uma professora de escola pantaneira, em processo de readaptação profissional. A professora atuou em escolas pantaneiras do município de Aquidauana, estado de Mato Grosso do Sul, Brasil, coordenadas pela Gerência Municipal de Educação (GEMED). Foi seguido o protocolo de

estudo do caso proposto, sendo que, em um primeiro momento, foram realizadas as leituras necessárias e realizadas as questões que seriam utilizadas na entrevista. Em um segundo momento do protocolo, foram planejados o local da entrevista, as questões a serem feitas e construídas especialmente para este estudo, e o formulário para registro dos dados. A entrevista ocorreu em três momentos, sendo dois deles na casa da professora em processo de readaptação e um momento nas dependências da universidade.

A professora participante tem formação superior em Letras (Língua Portuguesa e Literatura), com Especialização em Geografia/Planejamento Urbano e Ambiental, em Educação do Campo e em Neuropsicologia. Atuou como professora por 26 anos e, como professora de escola pantaneira, por 7 anos.

### **Saúde Mental do Trabalhador**

194

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS/World Health Organization [WHO], 2014), a saúde mental é definida “[...] como um estado de bem-estar no qual cada indivíduo percebe seu próprio potencial, pode lidar com as tensões normais da vida, pode trabalhar produtiva e proveitosamente e é capaz de contribuir para sua comunidade”.

Trabalhar deve ser uma circunstância de vida a ser vivenciada com dignidade e bem-estar pelo indivíduo. Os transtornos mentais (TM) prejudicam o bom desempenho da pessoa na vida familiar, social, pessoal e laboral, e apresentam um agrupamento de sinais e sintomas que resultam na perturbação do equilíbrio físico e mental. Segundo Bárbaro, Robazzi, Pedrão, Cyrillo, e Suazo (2009), os TM surgem quando as exigências do meio e do trabalho “[...] ultrapassam a capacidade de adaptação do sujeito, tornando amplos os sentimentos de indignidade e inutilidade, alimentando a sensação de adoecimento intelectual e falta de imaginação e, consequentemente, afetando o comportamento produtivo” (p. 2).

- “Eu fui no médico e ele disse, você tem que cuidar mais da sua saúde, você está com estafa”.
- “Eu tive uma depressão, só que essa depressão eu não ficava todo o tempo fora do ar, às 18h eu entrava pro quarto e ficava o tempo todo acordada, a noite toda, em 2016 eu não dormia, tinha medo de sair, de conversar com o pessoal da escola, tinha muita dor de cabeça, daí eu comecei a fazer tratamento; além desse medo, eu tinha muita insegurança, eu não dormia sozinha de jeito nenhum”.
- “Eu estava muito quieta, não passava nada na minha cabeça, ficava sentada horas, dias, olhando pro nada”.

Chama atenção o número de professores que se afastam da sala de aula por motivos como: estresse, depressão, síndrome do pânico, cansaço, esgotamento físico e emocional e outras patologias decorrentes da profissão (Pomiecinsk & Pomiecinsk, 2014).

- “Eu tinha muita dor de cabeça, eu tinha zumbido no ouvido, muita distração, eu já não ouvia tão bem eu não ouvia mais os alunos”.
- “Eu já estava com essa surdez, eu já estava com irritação por causa do excesso de responsabilidade, porque eu tive muita responsabilidade nas costas”.
- “Eu comecei usar aparelho de surdez ano passado depois da audiometria, fiz vários exames com psicólogo, psiquiatra, neurologista, otorrino, até que ficou decidido que eu usaria aparelho”.

A docência é considerada pela OIT como uma atividade de risco desde 1981, uma vez que os professores compõem a segunda categoria profissional mais acometida por doenças ocupacionais em nível mundial (OIT, 2012).

Para Cordeiro, Mattos, Cardoso, Santos, e Araújo (2016), em todo o mundo, cada vez mais trabalhadores estão sofrendo de transtornos mentais, sendo que o número crescente de casos desse agravo relacionado ao trabalho tem motivado o interes-

se dos pesquisadores nesse campo de estudo em países em desenvolvimento, que apresentam renda baixa e média, ou seja, onde as condições laborais costumam ser mais precárias. Para as autoras, entre os determinantes dos transtornos mentais estão “[...] as condições de trabalho, além do estresse e das características individuais do trabalhador, como sua capacidade de controlar pensamentos, emoções, comportamentos e interações com os demais” (p. 364).

- “*O que move qualquer ser humano é a necessidade de estar lá, de pagar as contas, de passar pelo estágio probatório, vencer esse tempo de trabalho, poder pegar um lugar melhor para trabalhar, mas esse lugar nunca vinha, esse lugar melhor pra trabalhar nunca vinha...*”
- “*Um fator muito angustiante era ter que dar aula para o segundo, terceiro, quarto e quinto ano, com o fundamental de 6 anos e aí eu já não aguentava mais trabalhar com multisseriado*”.

196

Outro complicador é a questão do nexo causal entre trabalho e adoecimento psíquico. As dificuldades em estabelecer nexo causal entre trabalho e as doenças físicas a ele ligadas são consideradas, o que se dirá em relação ao complexo campo do nexo entre saúde mental e trabalho? Como quantificar as características humanas constatadas pela análise qualitativa clínica nos discursos dos sujeitos sobre o seu estado, sua trajetória de vida, sua singularidade e seus desejos relacionados ao trabalho? (Lancman et al., 2010).

- “*Por causa da minha família e do meu trabalho você acaba levando as coisas com muita seriedade, acho que você acaba sendo uma pessoa mais triste que as outras; são muitas normas, ainda mais quando você está em lugar como o Pantanal, em uma escola pantaneira, você é referência, você fica visado por toda a comunidade, tem que ter essa postura do profissional, policiando suas atitudes e seu comportamento*”.

- “Mas o que mais me preocupa é que você é babá, cozinheira, mãe, psicóloga, é tudo”.
- “Lá na escola pantaneira é um lugar onde o filho chora e a mãe não ouve, todo mundo sabe”.
- “Eu tinha uma noção de escola e o fazendeiro tinha outra noção de escola que era assim, que o professor tinha que ir pra lá cozinhar, dormir com o aluno, cuidar do aluno por três meses”.

Para saber de que modo o trabalho está adoecendo os trabalhadores, é preciso que estes sejam ouvidos e possam relatar como estão vivenciando o trabalho, como conseguem responder ou não às demandas e, por outro lado, como os empregadores estão ou não dando condições para que possam realizar o que lhes é demandado. Esse papel poderia ser assumido pelas comissões de saúde no local de trabalho, pelos sindicatos, pelos médicos das empresas ou, fora destas, pelos inspetores do trabalho (Cardoso, 2014).

- “Como aproveitar a pessoa que já não consegue mais trabalhar?”

A qualidade de vida no trabalho no que diz respeito à saúde, não depende somente do professor, mas também da instituição, da sociedade. São necessárias políticas públicas urgentes que possibilitem melhores condições de trabalho ao educador (Pomiecinsk & Pomiecinsk, 2014).

- “Eu melhorei com esse tratamento, com essa medicação, esse remédio me deixa mais felixinha”.

Desse modo, é importante salientar a finalidade de minimizar alguns desses aspectos que incidem em doenças para o educador, sendo necessário se pensar em promoção e prevenção da saúde, a fim de que sua profissão não se torne um fardo tão pesado (Pomiecinsk & Pomiecinsk, 2014).

- “Se você não estiver bem de saúde, o que fazer? Vou ter que me preparar para enfrentar essas mudanças”.

## **Readaptação/Remanejamento**

O campo da Reabilitação Profissional pode ser compreendido como o desenvolvimento de proposições e ações que remetem aos processos de retorno ao trabalho os indivíduos que necessitam de intervenções para a retomada de sua vida profissional (Bregalda & Lopes, 2016).

Para Schmidt (2017), o conceito de readaptação é quando o trabalhador apresenta doenças que alteram sua capacidade de trabalho, tornando-o incapaz de realizá-lo. De acordo com Del-Masso (2014), o termo readaptação profissional deve ser utilizado para os trabalhadores que retornam ao trabalho após um período afastado por doença, retornando para a mesma função ou outra, o que pode ocorrer no mesmo local de trabalho ou em outro.

198 De acordo com Brasil (1990), a Lei n. 8.112, de 11 de Dezembro de 1990, da Seção VII da Readaptação afirma no artigo 24 que a

Readaptação é a investidura do servidor em cargo de atribuições e responsabilidades compatíveis com a limitação que tenha sofrido em sua capacidade física ou mental verificada em inspeção médica. § 1º Se julgado incapaz para o serviço público, o readaptando será aposentado. § 2º A readaptação será efetivada em cargo de atribuições afins, respeitada a habilitação exigida, nível de escolaridade e equivalência de vencimentos e, na hipótese de inexistência de cargo vago, o servidor exercerá suas atribuições como excedente, até a ocorrência de vaga.

Segundo a Lei n. 8.213/91 de 1991 dos segurados do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), no caso dos profissionais que têm direito à Reabilitação Profissional, esta tem por objetivo proporcionar os “[...] meios para a (re)educação e de (re)adap-

tação profissional e social indicados para participar do mercado de trabalho e do contexto em que vive" (Brasil, 1991, p. 33).

Para o INSS (2017) a readaptação profissional,

É a assistência educativa ou reeducativa e de adaptação ou readaptação profissional, instituída sob a denominação genérica de habilitação e reabilitação profissional (RP), visando proporcionar aos beneficiários incapacitados parcial ou totalmente para o trabalho, em caráter obrigatório, independente de carência, e às pessoas com deficiência, os meios indicados para o reingresso no mercado de trabalho e no contexto em que vivem (artigo 89 da Lei nº 8213/1991 e artigo 136 do Decreto nº 3.048/1999).

Os professores estão submetidos a condições e a uma organização do trabalho que causam sobrecarga de trabalho, e.g., jornadas extensas, sobreposição de papéis/funções, turmas numerosas e mistas, necessidade de lecionar em diversos lugares, e que colaboram com o quadro de adoecimento mental e afastamento do trabalho (Macaia & Fischer, 2015).

199

- *"O professor que vai pra escola pantaneira, quer queira quer não, é ele que vai orientar todo o processo da educação, e esse processo não é sala de aula apenas; é o momento do banho, o momento que o aluno acorda, que dorme, que está ocioso, e você tem que oferecer uma coisa pra ele; e o momento de carência em que ele sente falta da família, que não tem ninguém pra apoiar; e o momento que ele fica doente e que você tem que saber o que você pode fazer, até onde você pode ajudar; e o momento em que ele volta da cidade todo rebelde, todo cheio de angústia, porque lá tem coisa que aqui não tem; aí você vai ficar controlando esse lado, mas quem controla o seu? Quem que te ajuda? O que que eu tinha? Eu tinha muita fé em Deus".*
- *"Uma sala de aula que era um lugar pra guardar cavalo, desarrear cavalo, aquelas coisas assim, de guardar arreio,*

*o meio era sala de aula, mais para frente como se fosse um corredor só, né, era a cozinha e tinha um fogão de 2,5m e o espaço era de 4,5 por 4,5 m; então o fogão era o centro das atenções, a chaminé saía da cozinha e ia pro quarto que era onde eu ia morar; então tudo o que eles falaram tinha, tem água, tem luz, tem alojamento, tudo tinha, mas a água era do poço, a luz era de lamparina, e o alojamento era esse lugar dos cavalos, então tinha tudo o que eles falaram”.*

- *“Me falaram que banheiro era lindo, todo azulejado, não era isso que eu queria saber, minha preocupação era saber se tinha estrutura, porque além de dar aula eu ia cozinhar para os alunos”.*

De acordo com Cardoso (2014), para se compreender a relação entre trabalho e saúde, é necessário se fundamentar na vivência da pessoa.

200

- *“Eu não ligo de cozinhar e dar aula. Não ligo mesmo! desde que tenha uma estrutura pra gente fazer, isso porque, se eu tiver que acender uma lamparina, pra não queimar nenhum aluno, eu não sei acender lamparina; depois puxar água do poço, depois cuidar do banheiro, que sempre tem cobra; então isso não teria tempo de olhar, mas se for um lugar organizado, com certeza eu faria, como já fiz”.*

Os professores que ficam afastados do trabalho por longos períodos, repetidas vezes e pelos mesmos motivos e necessitam retornar ao trabalho, que está nas mesmas condições que contribuíram para os afastamentos, demonstram as ausências de políticas adequadas para o momento desse retorno para o trabalhador (Macaia & Fischer, 2015). Um estudo realizado com professores de escolas pantaneiras revelou que os principais fatores de riscos psicossociais apresentados por essa população foram: quantidades excessivas de ritmo intenso de trabalho, pouca influência no trabalho, conflito trabalho-família, proble-

mas em dormir, fadiga, exaustão, estresse, sintomas depressivos e comportamentos ofensivos entre os pares (Bueno, 2017).

- *“Não consegui afastamento pra tratamento de saúde, mas consegui uma turma de alunos em uma escola da cidade, mas não me adaptei com a turma, porque eram alunos muito pequenos e fui encaminhada”.*
- *“Fiquei muito mal, chorava o dia inteiro quando eu trabalhava na sala de informática, porque era muito trabalho que eu tinha, muitas fichas pra preencher, muita responsabilidade; e daí eu comecei a tomar esse remédio de depressão”.*
- *“Eu não dava conta de atender aquela sala de aula de 4º ano, e que eu precisava de ajuda, e que eu não dava conta de atender aquela turma”.*
- *“Daí eu fui pra sala de tecnologia, lá nessa sala eu ficava responsável pra cuidar dos projetos de educação. Em 2013, fui pra sala de tecnologia; 2014, sala de informática pra criança pequena; e 2015 e 2016, biblioteca”.*

201

Assim, observa-se uma falta de discussões de propostas de intervenções dos processos de retorno ao trabalho para a categoria profissional de professores devido a afastamentos por TMM, visto que as consequências de um afastamento do trabalho por problemas relacionados à saúde mental são diferentes daqueles como dores nas costas e problemas na voz, para os quais há maior número de estudos e programas de intervenção (Macaia & Fischer, 2015).

- *“Readaptação ocuparia essas mesmas funções, mas eu passo por um perito que me dá um comprovante que diz que eu tenho que ficar pra sempre fora da sala de aula, mas perde benefícios de aposentaria; por isso que nenhum professor quer aposentar, porque perde 5 anos de benefício pra aposentar”.*
- *“Eu não vinha na cidade pra fazer tratamento, nem da minha saúde, nem da minha beleza, de nada; eu não fazia nada desse*

*negócio de ir periodicamente, fazer o preventivo, cuidar de dente, nada disso, porque o tempo de ficar na cidade era muito curto. Isso foi me deixando muito doente”.*

- *“Na escola pantaneira e na escola do campo, você vai adiando seu tratamento de saúde, essa distância não permite você ir ao médico”.*

Para Macaia e Fischer (2015), é importante considerar as “[...] experiências e saberes dos próprios trabalhadores na identificação dos problemas e soluções do cotidiano do trabalho é tentar garantir o sucesso de transformações nesse ambiente e nas macroestruturas que o influenciam” (p. 843), sendo eles propícios para a análise e discussão dos processos de retorno ao trabalho, no contexto dos afastamentos por TMM.

- *“A nossa profissão é muito angustiante, porque nós somos muito solitários, você está no meio de um monte de gente que trabalha, que faz a mesma coisa que você, que sofre as mesmas coisas que você, mas cada um na sua sala com suas responsabilidades”.*
- *“Como foi que eu consegui sanar um pouco desse meu “incômodo”, porque a gente trabalha, trabalha e o serviço não aparece”.*

Para Schmidt (2017) o trabalho de readaptação profissional inclui:

- i) Avaliação do potencial laborativo, com objetivo de definir a real capacidade de retorno de segurados ao trabalho;
- ii) Orientação e acompanhamento do programa profissional: condução do reabilitando para a escolha consciente de uma nova função/atividade a ser exercida no mercado de trabalho;
- iii) Articulação com a comunidade para parcerias, convênios e outros, com vistas ao reingresso do segurado, todavia não caracterizando obrigatoriedade por parte do INSS a sua

efetiva inserção (Decreto n. 3.048 [Brasil, 1999]) e;  
iv) Pesquisa de fixação no mercado de trabalho (INSS, 2017).

“Esse ano eu fui trabalhar em Camisão, eu não conseguia entrar em uma sala de aula, e eu mostrei todos os meus exames, e eu não queria readaptar porque ninguém quer readaptar; queria remanejamento, ir para outra atividade na secretaria de educação que não seja sala de aula (cargo de confiança, por exemplo)”.

Ainda segundo Schmidt (2017), se reconhece como estado de incapacidade laborativa quando o trabalhador apresenta os seguintes parâmetros:

- i) No que se refere ao grau: a incapacidade laborativa pode ser parcial ou total. Caracteriza-se parcial quando o grau de incapacidade permite o desempenho das atribuições do cargo ou função, sem risco de vida ou agravamento. Já a incapacidade total é aquela que gera impossibilidade de o trabalhador desempenhar suas atribuições;
- ii) Quanto à duração, a incapacidade laborativa pode ser temporária ou permanente. Considera temporária, nas situações em que a incapacidade para a qual se pode esperar recuperação dentro do prazo previsível, e permanente, quando a incapacidade é insuscetível de recuperação com os recursos de terapêutica, readaptação e reabilitação disponíveis a época da avaliação pericial;
- iii) No que diz respeito à abrangência profissional, a incapacidade laborativa pode ser classificada como: 1) Uniprofissional – é aquela em que o impedimento alcança apenas uma atividade específica do cargo ou função autárquica; 2) Multiprofissional – é aquela em que o impedimento abrange diversas atividades do cargo ou função autárquica; e 3) Omniprofissional – é aquela que implica a impossibili-

dade do desempenho de toda e qualquer atividade laborativa que vise ao próprio sustento ou ao de sua família.

Assim, a readaptação é um processo complexo que compromete a vida dos trabalhadores, sendo necessário compreender o motivo do seu afastamento do trabalho, levando-se em conta os efeitos de ruptura sofridos pelo trabalhador (Arbex, Souza, & Mendonça, 2013).

### **Considerações Finais**

A profissão docente vem se modificando nos últimos anos, tornando-se mais complexa e fragmentada. As exigências em relação à profissão docente fazem com que o professor tenha que se adaptar às novas exigências e tenha competências para lidar com habilidades técnico-pedagógicas, sociais, tecnológicas e emocionais.

204

Tendo em vista essa nova roupagem para exercer a profissão docente, muitos professores adoecem, haja vista que a maioria trabalha com uma carga horária acima da média, não tem conseguido acompanhar os avanços da tecnologia, tem à sua disposição poucos recursos materiais, estão sobrecarregados de trabalho tanto na escola como levando atividades da escola para casa, tem pouca autonomia, baixo poder decisório, e ainda precisa trabalhar em ambientes violentos.

Essa situação acarreta problemas na saúde dos professores, tornando-os profissionais mais suscetíveis aos problemas físicos e mentais, precisando, portanto, de políticas públicas voltadas para o exercício dessa profissão, protegendo e prevenindo doenças.

As questões de readaptação e remanejamento em professores é outro fator que precisa ser ainda investigado com mais profundidade, pois são poucas as pesquisas e literatura sobre o assunto. Não existem protocolos a serem acompanhados nesses

casos, repercutindo no processo saúde/doença do profissional, que necessita de readaptação/remanejamento dentro das instituições de educação.

## Referências

- Arbex, A. P. S., Souza, K. S., & Mendonça A. L. O (2013). Trabalho docente, readaptação e saúde: A experiência dos professores de uma universidade pública. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, 23(1), 263-284.
- Brasil (1990). Lei n. 8.112, de 11 de Dezembro de 1990. Dispõe sobre o Regime Jurídico dos Servidores Públicos Civil da União, das autarquias e das fundações públicas federais, Brasília. *Diário Oficial União*. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8112cons.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8112cons.htm)
- Brasil. (1991). Lei n. 8.213, de 24 de Julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 25 jul. 1991. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8213cons.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm) 205
- Brasil. (1999). Decreto n. 3.048, de 6 de Maio 1999. Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 6 de maio de 1999. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/d3048.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3048.htm)
- Bárbaro, A. M., Robazzi, M. L. C. C., Pedrão, L. J., Cyrillo, R. M. Z., & Suazo, S. V. V. (2009). Transtornos mentais relacionados ao trabalho: Revisão de literatura. *Revista Eletrônica de Saúde Mental Álcool e Drogas*, 5(2), 1-16. Disponível em <http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38695/41544>
- Bregalda, M. M., & Lopes, R. E. (2016). A reabilitação profissional no INSS: Caminhos da terapia ocupacional. *Saúde soc. [online]*, 25(2), 479-493.

- Bueno, H. P. V. (2017). *Fatores de riscos psicossociais em professores de escolas pantaneiras: Relações com transtornos mentais comuns e estresse ocupacional* (Tese de doutorado em Psicologia, Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, MS, Brasil).
- Cardoso, A. C. M. (2014). Indicadores sobre riscos psicossociais no trabalho. In M. A. Silveira (Org.). *Aspectos psicossociais e sustentabilidade em organizações: Saúde, segurança e qualidade de vida no trabalho*. Campinas, SP: Centro de Tecnologia da Informação Renato Archer.
- Chagas, S. O., Lima, J. S., & Matos, K. U. H. S. (2016). Readaptação profissional de professores de escola de ensino fundamental. *Anais do II Encontro Científico Multidisciplinar*. Aracaju, SE: FAMA – Faculdade Amadeus.
- Cordeiro, T. M. S. C., Mattos, A. I. S., Cardoso, M. C. B., Santos, K. O. B., & Araújo, T. M. (2016). Notificações de transtornos mentais relacionados ao trabalho entre trabalhadores na Bahia: Estudo descritivo, 2007-2012. *Revista Epidemiol. Serv. Saúde*, 25(2), 363-372.
- Del-Masso, M. C. S. (2014). Readaptação e reabilitação profissional. In M. L. G. Schmidt, & M. C. S. Del-Masso (Org.), *Readaptação profissional: Da teoria à prática*. São Paulo: Cultura Acadêmica.
- Guimarães, L. A. M., Oliveira, F. F., Silva, M. C. M. V., Camargo, D. A., Rigonatti, L. F., & Carvalho, R. B. (2015). Saúde mental do trabalhador e contemporaneidade. In L. A. M. Guimarães, D. A. Camargo, & M. C. M. V. Silva (Orgs.), *Temas e pesquisas em saúde mental e trabalho* (pp. 15-40). Curitiba, PR: CRV.
- Guglielmi, R. S., & Tatrow, K. (1998). Occupational stress, burnout, and health in teachers: a methodological and theoretical analysis. *Review of Educational Research*, 68(1), 61-69.

- Instituto Nacional do Seguro Social. (2010). Instrução Normativa nº 45/INSS/PRES, de 06 de agosto de 2010. Dispõe sobre a administração de informações dos segurados, o reconhecimento, a manutenção e a revisão de direitos dos beneficiários da Previdência Social e disciplina o processo administrativo previdenciário no âmbito do Instituto Nacional do Seguro Social. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 11 ago. 2010. Disponível em <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/previdencia-e-assistencia-social/instrucao-normativa-inss-pres-no-45-2010>
- Instituto Nacional de Seguro Social. (2017). *Reabilitação profissional*. Disponível em <https://www.inss.gov.br/orientacoes/reabilitacao-profissional/>
- Lancman, S., Toldrá, R. C., & Santos, M. C. (2010). Reabilitação profissional e saúde mental no trabalho. In D. M. R. Glina, & L. E. Rocha (Orgs.), *Saúde mental no trabalho: Da teoria à prática* (pp. 98-112). São Paulo: Roca.
- Macaia, A. A. S., & Fischer, F. M. (2015). Retorno ao trabalho de professores após afastamentos por transtornos mentais. *Saúde soc. [online]*, 24(3), 841-852.
- Mendes, M. L. M. (2015). A precarização do trabalho docente e seus efeitos na saúde dos professores da Rede Municipal de Ensino do Recife. *Revista Humanae*, 9(1), 62-75.
- Mesquita, A. A., Gomes, D. S., Lobato, J. L., Gondim, L., & Souza, S. B. (2013). Estresse e Síndrome de Burnout em professores: prevalência e causas. *Psicologia Argumento*, 31(75), 627-635. doi: <http://dx.doi.org/10.7213/psicol.argum.31.075>. DS05
- Monteiro, J. K., Dalagasperina, P., & Quadros, M. O. (2012). *Professores no limite: O estresse no trabalho do ensino privado do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Carta Editora.

- Organização Internacional do Trabalho. (1984). *A condição dos professores: A condição dos professores recomendação Internacional de 1966, um instrumento para a melhoria da condição dos professores*. Genebra: OIT/ Unesco.
- Organização Internacional do Trabalho. (2011). *Sistema de gestão da segurança e saúde no trabalho: Um instrumento para uma melhoria contínua*. Lisboa: OIT.
- Organização Internacional do Trabalho (2012). *Cartilha sobre o trabalhador(a) doméstico(a). Conceitos, direitos, deveres e informações sobre a relação de trabalho*. Disponível em [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-/-americas/-/-rolima/-/-ilo-brasilia/documents/publication/wcms\\_234454.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-/-americas/-/-rolima/-/-ilo-brasilia/documents/publication/wcms_234454.pdf)
- Pomiecinsk, J. A. S., & Pomiecinski, C. M. (2014). Gestão escolar: Uma reflexão sobre a saúde emocional do professor: entre o stress e a síndrome de *burnout*. *IV Colóquio Internacional de Educação: Educação, diversidade e ação pedagógica*, 2(1), 227-229. Universidade do Oeste de Santa Catarina.
- Schmidt, M. L. G. (2017). *Arteterapia sociopsicodramática na readaptação profissional: Aspectos teóricos e metodológicos*. São Paulo: LTr, 2017.
- Seligmann-Silva, E., Bernardo, M. H., Maeno, M., & Kato, M. (2010). O mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do trabalhador. *Rev. Bras. Saúde Ocup.*, 35(122), 187-191.
- World Health Organization. (2014). *Mental health: A state of well-being*. Disponível em [http://www.who.int/features/factsheets/mental\\_health/en/](http://www.who.int/features/factsheets/mental_health/en/).
- Yin, R. K. (2010). *Estudo de caso: Planejamento e métodos* (4a ed.). Porto Alegre: Bookman.

# Capítulo IX

## *Formação Continuada para Professores de Escolas Pantaneiras de Aquidauana: Relato de Experiência*

*Helen Paola Vieira Bueno  
Márcia Regina Teixeira Minari  
Vanusa Meneghel  
Elaine Cristina Vaz Vaez Gomes  
Sylvio Takayoshi Barbosa Tutyá*

### Introdução

209

A escola, tradicionalmente, um dos ambientes onde informação e conhecimento se conectam, é o lugar onde a atualização de conhecimentos precisa acontecer de forma mais dinâmica, mas para isso Alarcão (2001) sugere que a escola mude, que rompa com velhos paradigmas, que se enquadre na atualidade. E, para que isso seja possível, é necessária uma mudança de pensamento sobre a escola, é necessário que se encontrem caminhos melhores e mais adequados para os problemas vivenciados.

Segundo Chimentão (2009), entre as principais mudanças, estão a quantidade de informações disponibilizadas e a velocidade de sua propagação. Diante desses fatos, é oportuno lembrar que informação e conhecimento são fatores indispensáveis ao mundo laboral. Vivemos em uma sociedade que está passando por constantes e rápidas transformações, principalmente no ambiente de trabalho.

Uma das práticas mais importantes da escola e do processo ensino-aprendizagem é o processo de formação continuada de professores. Dessa forma, verifica-se que o processo de atualização e formação docente não se restringe ao momento da formação inicial, pois ele se prolonga por todo o trajeto profissional do docente, mediante uma relação dialética, defendida por Freire (2008) como essencial na prática pedagógica, quando coloca que “quem ensina aprende ao ensinar, e quem aprende ensina ao aprender” (p. 25).

De acordo com Prado, Coutinho, Reis, e Vilalba (2013), diante das implicações, dos desafios e conflitos que permeiam a função docente e da complexidade da educação no contexto da sociedade contemporânea, globalizada, multiculturalista, imersa numa realidade complexa, isso requer do professor ações e conhecimento polivalentes. Para Levy, Nunes, e Souza (2009), em relação às escolas públicas, um dos fatores decisivos para o desenvolvimento de problemas emocionais dos professores são uma formação continuada deficitária para atender às demandas educacionais da atualidade.

A formação continuada é saída possível para a melhoria da qualidade do ensino, dentro do contexto educacional contemporâneo e recente, o bastante para não dispor de teorias consistentes, provavelmente ainda em processo. É uma tentativa de resgatar a figura do mestre, tão carente de respeito devido a sua profissão, tão desgastada nos nossos dias (Nóvoa, 1995; Freire, 1996).

Para Moreira (2002), as competências dos professores demandam um processo continuado de qualificação ou contínua (re)construção, e esse processo de formação continuada requer um novo profissional, pesquisador mediador do conhecimento, da formação humana e apropriando-se da própria cultura.

Se o corpo docente é deficiente e o nexo instrução-educação é abandonado, visando a resolver a questão do ensino de acordo

com esquemas abstratos, então a obra do professor se tornará ainda mais deficiente: ter-se-á uma escola retórica, sem seriedade (Gramsci, 2001).

Considerando a importância do tipo de aprendizagem desenvolvida no processo formativo, Garcia (2002) caracteriza quatro modelos de aprendizagem na formação continuada:

- (i) “aprender de outros”, como nos cursos, que se concretiza com a aplicação de conteúdos elaborados por especialistas no campo do conhecimento disciplinar. Embora os cursos sejam feitos em reuniões grupais, a aprendizagem é sempre individual;
- (ii) “aprender com os outros”, baseado no princípio de aprendizagem grupal, com perfil colaborativo. Esse tipo de aprendizagem nem sempre é presencial, pois o processo firma-se na realização de metas e de objetivos de aprendizagem comuns a um determinado grupo;
- (iii) “aprender sozinho”, como a autoformação, em que é fundamental o aprendizado mediante processos abertos que possibilitam ao profissional determinar suas próprias metas e valorizam a experiência como fator essencial para o desenvolvimento da reflexão e aprendizagem; e
- (iv) “aprendizagem informal”, que ocorre pela busca ocasional de informações e de experiências entre pares. É considerado um modelo que gera processos de aprendizagem importantes para o desenvolvimento profissional.

A formação continuada, portanto, tem sido um importante tema de discussão e debates entre autores e, ainda, um recurso escasso e pouco utilizado nas escolas. Uma formação continuada de qualidade permite que o educador possa realizar suas funções com mais qualidade, responsabilidade e possibilidade de contribuir com um ensino atualizado e engajado com as novas tendências educacionais.

## Formação Continuada em Escolas Pantaneiras

Nas escolas pantaneiras da região de Aquidauana, as dificuldades de se realizarem os encontros de formação continuada com os professores são permeadas pela natureza e pela distância. Pela natureza, porque é ela que rege o modo de vida dos que habitam no Pantanal, local onde o ciclo das águas determina o modo de vida; e pela distância, por causa do difícil acesso de se chegar às escolas pantaneiras da região.

Com esses obstáculos, o processo de formação continuada se torna um desafio às organizações de tais processos e, muitas vezes, eles não acontecem pelo período de anos, como é o caso das escolas pantaneiras. Conforme dados de pesquisa realizada sobre professores de escolas pantaneiras feita por Bueno (2017), que verificou, ao entrevistar professores de escolas pantaneiras e questioná-los se existe formação continuada, a falta de acesso a cursos, eventos ou encontros pedagógicos destinados especificamente ao professor pantaneiro, como salientado nos próprios relatos:

- (A) *“Muito difícil para o professor da escola pantaneira fazer cursos, não tem tempo para isso”;*
- (B) *“Professor não pode participar de formação continuada por conta das dificuldades de acesso à cidade;*
- (C) *“Em 3 anos na escola pantaneira, participei só de um curso, não é interessante pra eles (a prefeitura) a gente sair da escola, pra eles é bom a gente dentro da escola, fica muito caro a gente sair pra fazer curso”;*
- (D) *“A questão de trabalhar na escola pantaneira é que a gente fica muito sem acesso a cursos”;*
- (E) *“Nunca fiz. Muitas vezes nem somos comunicados quando tem cursos, palestras e capacitações” e;*
- (F) *“Nunca fiz, e isso faz falta”.*

Bueno (2017) pôde constatar, como já colocado, com a pesquisa realizada com professores pantaneiros, que a maioria nunca participou de cursos de formação continuada, e que esse tipo de atividade destinada ao professor não é uma prática comum. Sobre essa questão, Molina e Hage (2015) e Ferreira e Brandão (2011) afirmam que os gestores públicos ainda entendem o espaço rural como inferior ao urbano, e isto funciona não só com o mobiliário para as escolas do campo, mas também com os meios de transporte e com os educadores, cuja indicação para essas escolas é vista, muitas vezes, como punição, e a educação do campo ou rural tem se caracterizado como um espaço de precariedade por descaso, especialmente pela ausência de políticas públicas ou de formação continuada.

Em relação à educação continuada, os professores confirmam não existirem, em geral, cursos específicos voltados para sua formação e que, quando ocorrem, não têm como participar por conta do difícil acesso das estradas, da distância, e muitas vezes nem mesmo são comunicados sobre eles. Segundo dados fornecidos pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP, 2007), de um total de 86.129 estabelecimentos de ensino rurais, 50.176 (37,4%) são classes exclusivamente multisseriadas, com professores pouco qualificados e mal remunerados. Quanto à falta de acesso à formação continuada, pode-se inferir que esta interfere de modo significativo no processo de ensino-aprendizagem efetivado em sala de aula das escolas do campo (INEP, 2007). É necessário haver um investimento na formação dos professores, uma infraestrutura adequada e um projeto político-pedagógico coerente com as especificidades da comunidade (D'Agostine, 2009).

## Escolas Pantaneiras

As escolas pantaneiras foram estabelecidas em 1998, para tentar resolver os problemas relacionados ao acesso à escola de crianças e adolescentes que vivem na região pantaneira. Naquele ano, a Prefeitura de Aquidauana, por intermédio da Secretaria de Educação, uniu-se aos fazendeiros da região e à Organização Não Governamental (ONG) *World Wide Fund for Nature* (Fundo Mundial para a Natureza [WWF/Brasil]), para a criação e implementação da Escola Pantaneira. Dessa forma, iniciava-se uma parceria, com o objetivo de universalizar o atendimento, garantindo o acesso de crianças e adolescentes à escola obrigatória, melhorando as condições de vida dos pantaneiros (Thimoteo, 2003).

Um dos idealizadores das escolas pantaneiras foi o cantor Almir Sater, que ofereceu parte de sua fazenda para a construção de uma escola, comentando “meus filhos estudam em escola pantaneira”, em entrevista concedida a uma rádio de uma cidade do sul de Minas Gerais. A partir daí, outras escolas pantaneiras foram surgindo, sempre com o apoio dos fazendeiros da região e da Prefeitura Municipal de Aquidauana. Com a aprovação do Conselho Estadual de Educação (CEE), a Escola Pantaneira iniciou suas atividades em abril de 1998, com três núcleos instalados nas Fazendas Campo Novo, Querência e Taboco.

Estabelecida pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), a Escola Pantaneira foi concebida pela Secretaria de Educação, Cultura e Esporte de Aquidauana, MS, e segundo a Gerente de Educação do município de Aquidauana, tendo como base, uma organização escolar com regras próprias, com oito horas de aula, um ano letivo com seis meses de duração, respeitando o ciclo das águas e uma proposta de conteúdos curriculares apropriadas às necessidades dos alunos do Pantanal.

Frente ao exposto, este estudo objetivou apresentar um relato de experiência de atividades de extensão universitária desenvolvida pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campus de Aquidauana, junto aos professores das escolas pantaneiras de Aquidauana, no estado de Mato Grosso do Sul.

As escolas pantaneiras pesquisadas estão situadas no estado de Mato Grosso do Sul, no município de Aquidauana. A Gerência Municipal de Educação (GEMED) coordena cinco escolas distribuídas em fazendas do município, localizadas no Pantanal sul-mato-grossense, disponibilizando recursos humanos e materiais.

A escola Joaquim Alves Ribeiro, localizada na Fazenda Taboco, é considerada a Escola Polo e fica a 50 km do município de Aquidauana, contando com cerca de 100 alunos, nove professores, uma cozinheira e uma faxineira. Esta é a única, entre as cinco escolas em que os professores vão e voltam para a cidade de Aquidauana todos os dias, em transporte disponibilizado pela prefeitura. O turno das aulas é matutino, com algumas classes multisseriadas, em que alunos de séries e idades diferentes são instruídos por um mesmo professor.

Outra escola pantaneira é o Núcleo Escolar Santana, localizado na Fazenda Santana, localizada a 95 km da cidade de Aquidauana. É a maior escola entre as cinco existentes e estudadas, tanto em número de alunos, como em número de salas, com cerca de 115 alunos, nove professores, duas faxineiras e duas cozinheiras. Nessa escola, não há possibilidade de o professor voltar para casa todos os dias, e os docentes que lá trabalham, permanecem na escola de uma semana a 15 dias. Os alunos não ficam alojados, pois moram em fazendas próximas, sendo possível o deslocamento diário de suas casas até a escola.

As demais escolas pantaneiras são: o Núcleo Escolar “Escolinha da Alegria” localizada na fazenda Primavera, que

fica a 140 km de distância do município de Aquidauana, com 30 alunos e quatro professores; o Núcleo Escolar Cyriaco da Costa Rondon, localizado na fazenda Tupãciretan, a 170 km do município de Aquidauana, possuindo em média, 19 alunos e 1 professor; e o Núcleo Escolar Vale do Rio Negro, na fazenda Campo Novo, a 120 km de Aquidauana, com 11 alunos e um professor. Nessas escolas mais distantes, os professores chegam a ficar de um a dois meses alojados nas fazendas, podendo retornar para casa durante um final de semana.

## **Método**

Este estudo consiste em um relato de experiência vivenciado pelos docentes da UFMS no período de junho de 2017 a junho de 2018, em parceria entre a UFMS/CPAQ e a Gerência Municipal de Educação (GEMED) da cidade de Aquidauana, estado de Mato Grosso do Sul, e destinado à capacitação/formação continuada dos professores de escolas pantaneiras, visto que o relato de experiência descreve precisamente uma experiência que possa contribuir de forma relevante para a área de atuação desse profissional.

## **Resultados e Discussão**

As atividades consistem em encontros de formação continuada com os professores que atuam nas escolas pantaneiras dessa região, para dessa forma tentar suprir uma das muitas necessidades pelas quais passam os professores dessas escolas, nesse sentido,

[...] para fazer um contraponto a estas mudanças é hora de repensar nosso papel de profissionais da educação, nosso compromisso político e competência técnica. Precisamos necessariamente de um espaço para nossa formação, um

novo formato que possa estabelecer formas de organizar o trabalho na escola e potencializar discussões que atendam aos objetivos de contribuir efetivamente com nossa prática educativa nos meios do direito social que temos de nos qualificar. (Branco, 2010, p. 4)

O projeto proposto “Formação Continuada de Professores de Escolas Pantaneiras” é um curso, na área de conhecimento em Ciências Humanas-Educação, tendo como temática principal a Educação e, como temática secundária, o Trabalho e, ainda, com uma linha de extensão dentro da Saúde e proteção no Trabalho, é denominado Projeto de Extensão desenvolvido na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/Campus de Aquidauana (UFMS/CPAQ).

Essas propostas atendem uma necessidade do mercado de trabalho na atualidade, pois, segundo Guimarães et al. (2015), “a segurança, a saúde e o bem-estar dos trabalhadores são preocupações vitais de centenas de milhões de profissionais em todo o mundo” (p. 21). Os autores continuam afirmando que um ambiente de trabalho saudável é aquele em que os trabalhadores e os gestores colaboram para o uso de um processo de melhoria contínua da proteção e promoção da segurança, saúde e bem-estar de todos os trabalhadores e para a sustentabilidade do ambiente de trabalho.

O projeto tem como base a busca contínua do conhecimento, a qual acontece de várias maneiras, destacando-se dentre elas a formação permanente e contínua. Para Martins (2014), quanto mais o professor se apropria do conhecimento associando a sua experiência profissional, mais capacidade vai adquirindo para contribuir na troca de experiência com seus pares e com os alunos.

Candau (2009) apresenta três aspectos fundamentais para o processo de formação continuada de professores: a escola; a

valorização do saber docente; e o ciclo de vida dos professores. Para isso, a formação continuada precisa partir das necessidades reais do cotidiano escolar do professor e, depois, valorizar o saber docente, ou seja, o saber curricular e/ou disciplinar, mais o saber da experiência; por fim, valorizar e resgatar o saber docente construído na prática pedagógica.

A carga horária correspondeu a 100 horas, preenchida com encontros presenciais, com o planejamento das atividades realizadas, com a produção de materiais para a confecção de artigos científicos, entre outras atividades acadêmicas resultantes desses encontros. A atividade foi uma parceria entre a UFMS/CPAQ e a GEMED da cidade de Aquidauana, estado de Mato Grosso do Sul.

218 Esta proposta de atividade de formação continuada centrou-se no desenvolvimento de metodologias que permitiram intervir na instituição de ensino e seus atores, e torná-los mais saudáveis e resilientes. Martínez, Salanova, e Llorens (2016) afirmam que as organizações procuram melhorar o ambiente de trabalho nos níveis de tarefa, interpessoal e organizacional, e que esses esforços podem se traduzir em boas práticas organizacionais relacionadas com a promoção e otimização de recursos relacionados com a melhoria da instituição.

Os encontros de formação continuada permitem, além dos cursos que são ministrados e dos temas que são debatidos, o fortalecimento da instituição e do trabalho em grupo. Quanto às características das organizações saudáveis e resilientes, podemos citar, de acordo com (Martínez et al., 2016) que:

- i) Considera a saúde como um valor estratégico;
- ii) O ambiente de trabalho é inspirador e de aprendizagem contínua;
- iii) As relações interpessoais são abertas;
- iv) Existe um espaço de fruição comum;

- v) Existe uma excelente gestão de talento;
- vi) Os empregados e os grupos de trabalho são otimistas, engajados e eficazes;
- vii) É berço de confiança e otimismo;
- viii) Existem boas relações sociais com a comunidade;
- ix) Desenvolvem-se produtos e serviços saudáveis; e
- x) Enfrentam as crises de forma positiva e resiliente.

O público-alvo deste projeto foram os professores e a equipe técnica de trabalhadores de escolas pantaneiras do município de Aquidauana, equipe de profissionais da GEMED de Aquidauana, alunos do curso de Especialização em História da América da UFMS/CPAQ, alunos dos cursos de licenciatura da UFMS/CPAQ e professores das redes públicas de ensino de Aquidauana, Anastácio, Miranda, Bodoquena, Dois Irmãos do Buriti e Piraputanga.

A atividade justifica-se pelo fato de o município de Aquidauana possuir um *campus* da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS/CPAQ), e a presença dessa universidade pública possibilita a realização de parcerias com a Escola Pantaneira, para lhe capacitar os professores por meio de cursos e eventos educacionais.

Diante disso, a Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO, 1998) “reconhece que o progresso da educação depende em grande parte das aptidões e competências dos professores e das suas qualidades humanas, pedagógicas e profissionais”. Nesse entendimento, a valorização da profissão docente é uma condição para a reforma educativa, com políticas de valorização do professor, possibilitando medidas que permitam a construção de uma nova identidade profissional para a profissão docente (Martins, 2014).

A UFMS/CPAQ viabiliza encontros para esse público, visto que a direção das escolas pantaneiras organiza o calendário es-

colar para atender essa demanda de formação continuada, pode vir a favorecer professores/alunos e toda a comunidade pantaneira. Os professores são convidados via direção da escola pantaneira, que organiza o calendário e comunica os professores.

Os encontros de formação continuada com os professores de escolas pantaneiras têm como objetivos iniciais:

- i) Promover a formação continuada de professores de escolas pantaneiras em conteúdos que privilegiam o movimento humano, buscando uma ação educativa interdisciplinar;
- ii) Possibilitar uma melhor atuação dos professores de escolas pantaneiras no contexto da região em que eles atuam;
- iii) Aprofundar conhecimentos relacionados à prática pedagógica e ao fazer docente;
- iv) Estimular a construção de metodologias didático-pedagógicas inovadoras, a serem desenvolvidas nas diferentes situações de aprendizagem do aluno;
- v) Trazer para a reflexão os desafios do fazer pedagógico em escola pantaneira;
- vi) Discutir temas atuais como a violência, a saúde e a inclusão no contexto educativo;
- vii) Explorar a mediação Comunidade X Aluno X Família X Pantanal.

O caminho da formação continuada do professor, que teoricamente deveria ser responsável por minimizar deficiências conceituais, práticas e epistemológicas da formação inicial desse profissional, deve oferecer também novos caminhos oriundos dos avanços científicos, tecnológicos e econômicos da sociedade (Granville, 2007).

Importante ressaltar que os objetivos iniciais propostos são atendidos a cada encontro com os professores, pois, nas avaliações orais finais em cada encontro, é possível verificar que eles se sentem mais alicerçados teoricamente para responder pelos

aspectos pedagógicos, mais valorizados pela instituição e encontram um lugar de troca de experiências pedagógicas e profissionais. Assim,

[...] entendendo que o desenvolvimento humano acontece no processo de aprendizagem e vice-versa, a formação é também um processo de desenvolvimento humano e, portanto, profissional. No caso dos docentes, estes se desenvolvem principalmente nos contextos de seu trabalho exercido na instituição escolar onde criam relações alicerçadas em estruturas complexas que as sustentam ou permitem sua alteração. Nesse sentido, espera-se que a formação continuada contribua com a manutenção, criação e alteração das relações estruturantes e estruturadoras do desenvolvimento profissional do coletivo docente na instituição escolar. (Alvarado-Prada, Freitas, & Freitas, 2010)

A avaliação dos encontros é feita ao final de cada encontro, por escrito ou oralmente. A equipe de execução do projeto se reúne após cada encontro para avaliar a proposta realizada e também redefinir novos rumos possíveis no trabalho. Os meios de divulgação de cada evento ocorrem pela internet, por folders e cartazes. Assim, segundo Alvorado-Prada et al. (2010), espera-se que a formação continuada contribua com a manutenção, criação e alteração das relações estruturantes e estruturadoras do desenvolvimento profissional do coletivo docente na instituição escolar, e, segundo relatos dos professores, eles lutam para superar as dificuldades, para se formarem continuamente, mesmo sacrificando suas famílias, suas poucas economias, seu tempo não remunerado, sua própria saúde. São “sonhadores” querendo *construir um mundo melhor mediante a educação*, ou seja, mediante seu trabalho docente.

Os encontros acontecem nos períodos em que o calendário escolar da escola pantaneira é destinado a reuniões pedagógi-

cas, geralmente aos sábados. A maioria dos professores comparece, visto que alguns não participam porque não conseguem se deslocar da fazenda até a cidade para participar das reuniões pedagógicas, devido às distâncias e ao difícil acesso das fazendas onde estão localizadas as escolas pantaneiras.

Paula (2009) reconhece a importância de promover espaços, como seminários, fóruns, cursos de especialização e extensão, dentre outros, nos quais o profissional possa dar continuidade à sua formação. Em cada encontro, são desenvolvidas atividades de apresentação visto que a rotatividade nas escolas pantaneiras é muito alta, dinâmicas de alongamento ou atividade física, dinâmica de grupo, seguidas de palestras e oficinas. Os temas são decididos ao longo do ano, e a direção da escola pantaneira e os professores da UFMS definem os temas a serem debatidos/abordados.

As atividades de formação continuada não têm previsão para terminar, vai ocorrer em ciclo contínuo, ano após ano, visto que outras ações de pesquisa e extensão devem surgir a partir dessa proposta. Visam atender a comunidade de professores de Aquidauana e região, ligados às escolas pantaneiras, para atender uma necessidade apresentada pelo próprio grupo.

### **Considerações Finais**

A aprendizagem é um processo contínuo. O processo de formação continuada dentro da escola torna-se, além de um processo de integração grupal e de vínculo entre os trabalhadores, uma maneira de tornar a instituição mais fortalecida e resiliente.

Os encontros de formação continuada têm se revelado como momentos de troca, de integração e de aprendizado e têm atingido os objetivos propostos de valorizar a escola, o professor e o saber atualizado. Partem da necessidade real apresentada pelos

professores e propiciam momentos de encontros, que são muito raros entre os professores de escolas pantaneiras, e resgatam o saber docente e a valorização do profissional.

Visto que a educação não se resume à sala de aula nem aos muros da escola, os processos formativos denominados “formação continuada” propiciam a integração dos profissionais da educação com o resgate dos valores didático-pedagógico-humanos. Nesta proposta de intervenção com professores de escolas pantaneiras, essas vivências têm se mostrado positivas e demonstrado que esses encontros ajudam a compreender melhor a prática do professor em sala de aula e a dar sentido ao entendimento da teoria.

## Referências

Alarcão, I. (2001). A escola reflexiva. In I. Alarcão (Org.), *Escola reflexiva e nova racionalidade*. Porto Alegre: Artmed.

Alvarado-Prada, L. E., Freitas, T. C., & Freitas, C. A. (2010).

223

Formação continuada de professores: alguns conceitos, interesses, necessidades e propostas. *Revista Diálogo Educacional*, 10(30), p. 367-387. Disponível em <https://periodicos.pucpr.br/index.php/dialogoeducacional/article/view/2464/2368>

Branco, C. (2010). *Formação continuada de professores: Localizando a relação teoria-prática*. Londrina, PR:

Universidade Estadual de Londrina (UEL). Disponível em [http://www.gestaoescolar.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/producoes\\_pde/artigo\\_cristina\\_branco.pdf](http://www.gestaoescolar.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/producoes_pde/artigo_cristina_branco.pdf)

Bueno, H. P. V. (2017). *Fatores de riscos psicossociais em professores de escolas pantaneiras: Relações com transtornos mentais comuns e estresse ocupacional* (Tese de doutorado em Psicologia, Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, MS, Brasil).

- Candau, V. M. F. (2009). Formação continuada de professores: Tendências atuais. In V. M. Candau (Org.), *Magistério: Construção cotidiana* (pp. 51-68). Petrópolis, RJ: Vozes,
- Chimentão, L. K. (2009). O significado da formação continuada docente. *Resumos do 4º Congresso Norte Paranaense de Educação Física Escolar*. Londrina, PR: UEL. Disponível em <http://www.uel.br/eventos/conpef/conpef4/caderno-de-resumos.pdf>
- D'Agostine, A. (2009). *A educação do MST no contexto educacional brasileiro* (Tese de doutorado em Educação, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil).
- Ferreira, F. J., & Brandão, E. C. (2011). Educação do campo: Um olhar histórico, uma realidade concreta. In M. L. F. Rizzotto, A. K. Noma, & R. A. Deitos. (2011). *Anais do 5º Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais. As políticas sociais nas transições latino-americanas no século XXI: Tendências e desafios..* Cascavel, PR: Unioeste.
- Freire, P. (1996). *Pedagogia da autonomia*. São Paulo: Paz e Terra.
- Freire, P. (2008). *Pedagogia da autonomia: Saberes necessários à prática educativa* (37a ed.). São Paulo: Paz e Terra.
- Garcia, C. M. (2002). La formación inicial y permanente de los educadores. In: *Consejo Escolar del Estado. Los educadores en la sociedad del siglo XXI* (pp. 161-194). Madrid: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, Universidad de Sevilla.
- Gramsci, A. (2001). Cadernos do cárcere (Vol. 2, 3a ed.). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Granville, M. A. (2007). *Teorias e práticas na formação de professores*. Campinas, SP: Papirus.
- Guimarães, L. A. M., Oliveira, F. F., Silva, M. C. M. V., Camargo, D. A., Rigonatti, L. F., & Carvalho, R. B. (2015). Saúde mental do trabalhador e contemporaneidade. In L. A. M., Guimarães, D. A. Camargo, & M. C. M. V. Silva (Orgs.), *Temas e pesquisas em saúde mental e trabalho* (pp. 15-40). Curitiba, PR: CRV.

Instituto Nacional de Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. (2007). *Panorama da educação no campo*. Brasília, DF: Ministério da Educação.

Levy, G. C. T., Nunes, F. P., & Souza, C. A. A. (2009). Síndrome de burnout em professores da rede pública. *Production Journal*, 19(3), 458-465. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65132009000300004>

Martínez, I., Salanova, M., & Llorens, S. (2016). Promoção da saúde no trabalho: Para um modelo de organizações saudáveis e resilientes. In: M. J. Chambel (Coord.), *Psicologia da saúde ocupacional* (1a ed.). Lisboa, Portugal: Pactor.

Martins, M. (2014). *Políticas e formação contínua de professores no Brasil* (Dissertação de mestrado em Ciências da Educação, Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal).

Molina, M. C., & Hage, S. M. (2015). Política de formação de educadores do campo no contexto da expansão da educação superior. *Rev. Educação em Questão*, 51(37), 121-146.

Moreira, C. E. (2002). *Formação continuada de professores: Entre o improviso e a profissionalização*. Florianópolis: Insular.

Nóvoa, A. (1995). Os professores e as histórias de sua vida. In A. Nóvoa. *Vida de professores*, 2a ed. Porto, Portugal: Porto Editora.

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (1998). *Informe mundial sobre la educación: Los docentes y la enseñanza en un mundo en mutation*. Madrid: Santillana.

Paula, S. G. de. (2009). Formação continuada de professores: Perspectivas atuais. *Paidéia*, 6(6), 65-86. Disponível em <http://www.fumec.br/revistas/paideia/article/viewFile/944/715>

Prado, A. F., Coutinho, J. B., Reis, O. P. O., & Vilalba, O. A. (2013). Ser professor na contemporaneidade: Desafios

- da profissão. *Revista Eletrônica Saber*, 21(1). Disponível em [https://www.inesul.edu.br/revista/arquivos/arq-id-vol\\_1373923960.pdf](https://www.inesul.edu.br/revista/arquivos/arq-id-vol_1373923960.pdf)
- Silva, S. L. (2015). *Estresse ocupacional em professores: Estudo no Instituto Federal de Educação, Ciências e Tecnologia de Minas Gerais* (Dissertação de mestrado em Administração, Faculdade Novos Horizontes, Belo Horizonte, MG, Brasil).
- Thimoteo, F.E. P. (2003). Programa escola pantaneira. In G. S. LOTTA et al. (Orgs.), *20 experiências de gestão pública e cidadania*. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas.

# Capítulo X

## *Cuidados de Saúde para a Família dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Pantanal de Aquidauana, MS, Brasil*

Érika Kaneta Ferri

Débora Dupas Gonçalves do Nascimento

Eduardo Espíndola Fontoura Junior

Ednéia Albino Nunes Cerchiari

Barbara Mayumi Ferri

Clery Antonia Arcas Topal Paes Leme

227

### Introdução

Este capítulo pressupõe a implantação e aprimoramento da saúde rural, que deve estar associada aos atributos da Atenção Primária em Saúde orientada para as reais necessidades das comunidades, abordando os aspectos culturais e consultando/ envolvendo a própria comunidade ao desenvolver soluções baseadas em evidências a serem colocadas em prática.

Para tanto, tal se faz em consonância com as Diretrizes Orçamentárias publicadas no Diário Oficial de Aquidauana, em 10 de agosto de 2017, que propõe a reativação da saúde pantaneira com a aquisição e adaptação de um veículo para ações de uma equipe volante, por meio de um ônibus consultório. Portanto, para atender tais Diretrizes, o presente capítulo tem como objetivo propor a criação de uma unidade móvel, composta por uma equipe volante.

O objetivo da equipe volante é contribuir na melhoria da qualidade de vida da população rural de Aquidauana, possibilitando superar situações de vulnerabilidade, potencializar o protagonismo e a autonomia das famílias e comunidades, promover acessos à rede de atenção, bem como apoiar famílias que possuem, dentre seus membros, indivíduos que necessitam de cuidados, por meio da promoção de espaços coletivos de escuta e troca de vivências familiares.

Do ponto de vista teórico, este capítulo busca realizar um resgate histórico dos aspectos relacionados ao Sistema Único e apresentar elementos para o campo da Saúde do Trabalhador (ST) na Atenção Básica (AB), colaborando, assim, para sistematizar a produção bibliográfica na área e servir de fomento à capacitação de profissionais da Atenção Básica.

Do ponto de vista da *práxis* e dos benefícios para a comunidade trabalhadora do pantanal de Aquidauana, propomos um programa de intervenção viável nas esferas biológica, social e psicológica do trabalhador pantaneiro, especialmente no planejamento de programas de assistência à saúde mental a essa população. Isso poderá ser implementado pela Prefeitura Municipal de Aquidauana, por meio da Secretaria de Saúde, visando a um cuidado específico em Saúde Mental a essa população, com equipe multiprofissional de saúde volante em campo. Propõe-se, também, planejar atividades de extensão universitária, destinadas às organizações da região, cuja temática aborde a relação entre a Saúde e o trabalho do pantaneiro.

### **Município de Aquidauana**

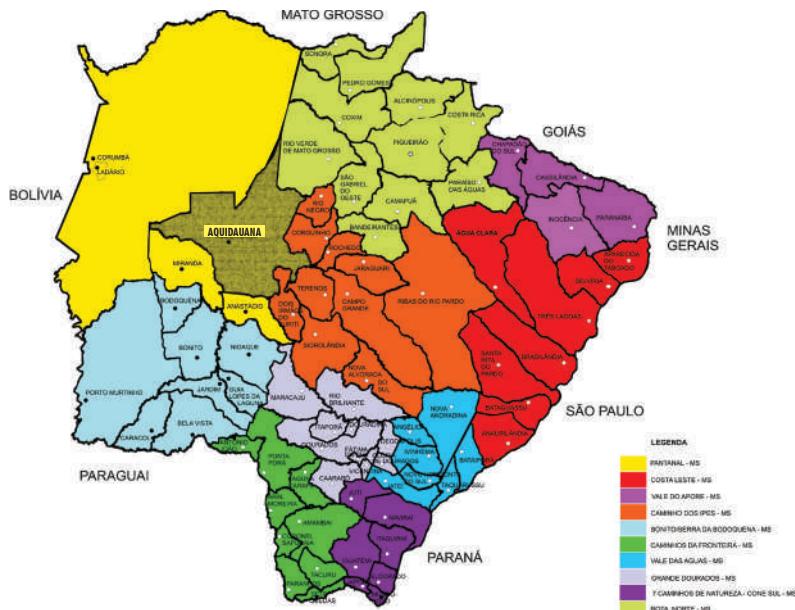
#### **Aspectos Demográficos e Epidemiológicos**

O município de Aquidauana é considerado como o “portal do Pantanal”, por ser estratégico para o acesso ao pantanal, e sua re-

gião rural é de grande importância econômica para o estado do Mato Grosso do Sul, principalmente devido à pecuária. Também é conhecido como “Cidade Natureza”, devido à exuberância de flora e fauna que possui. Tem muitas atrações, passeios ecológicos, safáris fotográficos e vários rios piscosos, que encantam às pessoas que a visitam (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2014a; Prefeitura Municipal de Aquidauana, 2014).

Aquidauana surgiu como um povoado, com o objetivo de servir como porto seco ou entreposto, tentando possibilitar a viagem entre as cidades de Miranda, Campo Grande e outras regiões, em especial nos ciclos de cheia na planície pantaneira. O nome “Aquidauana” é muito antigo; há registros datados do século XVII, com aproximadamente 200 anos antes do surgimento do povoado; tem origem na cultura indígena, que, segundo o topônimo Guaicuru, significa “rio estreito ou rio fino”, demonstrando a forte influência das etnias indígenas na região de Mato Grosso do Sul (Neves, 1974; IBGE, 2014a).

A região de Aquidauana possui uma importante posição geográfica, com uma vasta extensão territorial, com 16.957,75 km<sup>2</sup> de área (IBGE, 2014a), ocupando uma localização central no estado de Mato Grosso do Sul (Figura 1), de forma a ser “colaboradora” do pantanal, pois há uma proximidade da área urbana de Aquidauana com ligações e caminhos que confluem para a planície pantaneira, fato que preocupa as autoridades em relação aos aspectos econômicos, social e ambiental (Barros, Gomes, & Marcato Junior, 2015).



230 *Figura 1.* Mapa de Mato Grosso do Sul, Brasil, destacando o município de Aquidauana.

Fonte: Fundação de Turismo do Estado de Mato Grosso do Sul (s.d.).

O município de Aquidauana possui uma área de 16.958 km<sup>2</sup>, sendo considerado um dos mais extensos do estado de Mato Grosso do Sul. Segundo o IBGE, a população estimada do município, em 2017, era de 47.482 habitantes (IBGE, 2017). No Censo de 2010, 75,2% dos habitantes no município residiam na área urbana, e os demais, nos distritos e área rural. E aproximadamente 10.291 habitantes são residentes da área rural, ou seja, em torno de 23% da população. A densidade demográfica do município é de 2,69 hab/km<sup>2</sup>, sendo caracterizada como subpovoado, com grande extensão territorial de propriedades rurais. A organização territorial do município é composta pela sede do município, 10 aldeias indígenas, quatro distritos e quatro assentamentos rurais (IBGE, 2011; Joia & Paixão, 2016).

O município de Aquidauana possui quatro distritos, denominados: Camisão, Piraputanga, Taunay e Cipolândia, o último com o maior número de habitantes (1.546) e o mais distante de Aquidauana. Somados, os distritos perfazem uma população rural de 3.182 pessoas em 2015 (Prefeitura Municipal de Aquidauana, 2014).

De acordo com Plano Municipal de Saúde de Aquidauana, a rede de ensino do município e do estado dispõe de ensino pré-escolar, fundamental, médio e superior, com escolas urbanas, rurais ou pantaneiras e indígenas, com um total de 9.987 alunos matriculados (Prefeitura Municipal de Aquidauana, 2018).

No que se refere à economia, o Brasil tem aproximadamente 176,1 milhões de cabeças de gado, o valor da produção de bovinos representa 19,2% da economia agropecuária. Desse rebanho, o maior encontra-se no estado de Mato Grosso, com 20,66 milhões de cabeças, seguido pelo estado de Mato Grosso do Sul, com 20,63 milhões de cabeças (IBGE, 2014a). Mediante esses dados, evidencia-se que o pantanal brasileiro, localizado nos estados de Mato Grosso (MT) e Mato Grosso do Sul (MS), mantém um rebanho bovino de mais de 41 milhões de cabeças de gado, entre os dois estados (Brasil, 2013a; IBGE, 2014a).

A principal atividade econômica do município de Aquidauana é a criação extensiva de gado, caracterizando-se por grandes extensões territoriais. De acordo com o IBGE (2017), Aquidauana conta com um rebanho bovino de cerca de 800.000 cabeças de gado, chegando a ser considerado o terceiro maior produtor de bovinos entre os municípios do MS. Portanto Aquidauana é um local onde reside e trabalha o peão pantaneiro, a mulher pantaneira, os povos do pantanal, que também são considerados populações do campo, da floresta e das águas.

A grande extensão territorial das propriedades rurais, no território supracitado como subpovoado, atrelada à ausência de

transporte coletivos, obstáculos naturais, falta de conservação das estradas e ação do ciclo das águas, promovem dificuldades para o trabalhador e a trabalhadora, no acesso aos serviços de saúde.

Pitilin e Lentsck (2015) afirmam que o acesso aos serviços básicos de saúde nas comunidades rurais é reduzido, gerando maior utilização dos serviços especializados, hospitalares e situações de urgência pela escassez do acesso a outra forma de atenção à saúde. Acrescentam-se os aspectos de saúde, pois uma parcela significativa dos problemas diagnosticados no pantanal provém de seu “entorno”, em especial, da ligação do rural com o urbano. A exemplo disso, tem-se a população rural (23%) que, na sua grande maioria, faz uso dos serviços de saúde na cidade. Portanto garantir a qualidade de vida dessas populações quanto ao meio, nas áreas circunvizinhas, é essencial (Fontoura Junior, 2017).

232

Em virtude da necessidade de conhecer a estrutura do Serviço de Saúde do município de Aquidauana, em especial do Sistema Único de Saúde (SUS), os atendimentos, as doenças prevalentes e incidentes, as especialidades oferecidas, entre outros, apresenta-se o tópico a seguir.

## **Epidemiologia e Saúde do Município de Aquidauana**

Segundo informações do Plano Estadual de Saúde 2016-2019 do estado do Mato Grosso do Sul (MS, 2015), a rede de Atenção à saúde do município de Aquidauana é composta por dois hospitais (Associação Aquidauanense de Assistência Hospitalar e Associação Beneficente Ruralista de Assistência), 16 equipes de Estratégia Saúde da Família (13 unidades de Estratégias de Saúde da Família [ESF] nas áreas urbanas e três unidades de ESF nas áreas rurais), uma equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), uma equipe de Serviço de Atendimento Móvel

de Urgência (SAMU) e Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas.

A AB do município de Aquidauana está organizada para ser, preferencialmente, a porta de entrada da população. Tem como filosofia a melhoria da qualidade de vida e de saúde das pessoas a partir de um modelo com enfoque na família e para a promoção da saúde e atenção continuada (Prefeitura Municipal de Aquidauana, 2018).

Segundo dados do IBGE (2011), a taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 19.82 para 1.000 nascidos vivos. As internações por diarreias são de 0.9 para cada 1.000 habitantes. Em comparação com todos os municípios do estado, fica nas posições 20 de 79 e 48 de 79, respectivamente. Quando comparadas a cidades do Brasil todo, essas posições são de 1242 de 5570 e 2577 de 5570, respectivamente.

Em relação à situação epidemiológica em Aquidauana, no ano de 2015, foram notificados 41 casos de vírus Zika, e 38 casos de Chikungunya. Os casos de óbitos por Leishmaniose visceral somam, desde 2010, 8 óbitos (MS, 2015).

233

De acordo com dados da Prefeitura Municipal de Aquidauana (2018), o número de casos notificados e confirmados de óbitos por Dengue no município de Aquidauana, no ano de 2013: 1.315 e 1265; 2014: 73 e 20; 2015: 140 e 22; 2016: 162 e 20 respectivamente (Quadro 1). Observou-se que, no ano de 2013, os números foram alarmantes, com ocorrência de dois óbitos, o que pode ter representado ações e atividades para redução das notificações nos anos subsequentes.

Ano	Notificado	Confirmado	Óbitos
2013	1.315	1.265	02
2014	73	20	-
2015	140	22	-
2016	162	20	-

*Quadro 1. Comparativo Anual de Casos Notificados, Confirmados e Óbitos - Dengue. Aquidauana, MS, de 2013 a 2016. Fonte: Prefeitura Municipal de Aquidauana (2018).*

234

Estudo realizado por Santos, Silva, e Estadulho (2014) apontou que, no município de Aquidauana, as doenças do aparelho circulatório correspondem à primeira causa de óbitos, responsável por 30,23% do total de óbitos, seguido das neoplasias (12,42%), e doenças do aparelho respiratório (11,28%). Também se constatou que, quanto aos gastos com as internações, as três principais causas representaram o valor de R\$3.001.682,60 (três milhões, um mil, seiscentos e oitenta e dois reais e sessenta centavos).

Em relação às doenças infectocontagiosas, estudo realizado por Larroque, Pontes, Marques, e Fernandes (2013), cujo objetivo foi estudar a mortalidade por tuberculose como causa básica ou associada de óbito, nos municípios prioritários de Mato Grosso do Sul, no período de 1999 a 2008, apontou que os municípios de Amambai, Aquidauana e Corumbá apresentaram valores flutuantes e mais elevados em alguns anos, ao longo do período estudado. A maior letalidade anual e a maior média geral ocorreram no município de Aquidauana, com 21,6%, em 2003, e 12,5%, em todo o período de estudo. O estudo indicou ainda que, em alguns municípios do Mato Grosso do Sul, os coeficientes de mortalidade estão muito acima do que é considerado satisfatório para a Organização Mundial de Saúde (OMS) e bem superiores aos dados nacionais.

Ainda com relação à Tuberculose, segundo dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/Aquidauana), no período de 2013 a 2016, foram notificados no município de Aquidauana 53 casos novos (incidência), 39 masculinos e 14 femininos. A faixa etária de maior acometimento da tuberculose é a de 35 a 49 anos, em seguida a de 20-34 e de 50-64 anos, com 13 casos novos diagnosticados. Em 2016, 40% dos pacientes foram considerados curados (Prefeitura Municipal de Aquidauana, 2018).

A incidência de Hanseníase no município nos últimos quatro anos, de 2013 a 2016, foi de 42 casos, mantendo-se baixa, com um aumento maior no ano de 2015, com 29 casos novos. A faixa etária manteve-se acima de 15 anos, sendo maior na faixa etária de 50 a 64 anos e, em segundo, a de 35 a 49 anos. A maior prevalência deu-se no sexo masculino, no período 2013-2016, com a doença continuando a incidir em maior proporção entre homens, conforme o quadro 2 (Prefeitura Municipal de Aquidauana, 2018).

235

<b>Sexo</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>Total</b>
Feminino	1	0	12	2	15
Masculino	4	2	17	4	27

*Quadro 2. Prevalência de Hanseníase, frequência por sexo, segundo ano de notificação, Aquidauana, MS. Fonte: Prefeitura Municipal de Aquidauana (2018).*

Quanto aos casos de Leishmaniose, o quadro 3 a seguir descreve o número de casos notificados entre os anos de 2013 a 2016, do município de Aquidauana.

Ano	Notificado	Confirmado	Óbitos
2013	11	07	-
2014	18	08	01
2015	14	04	-
2016	09	03	-

*Quadro 3. Comparativo Anual de Casos Notificados, Confirmados e Óbitos – Leishmaniose, Aquidauana, MS, de 2013 a 2016.*  
Fonte: Prefeitura Municipal de Aquidauana (2018).

Em relação aos casos de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), o município de Aquidauana notificou, em 2016, 14 casos e, até maio de 2017, 10 casos, de acordo com informações do Serviço de Atendimento Especializado (Quadro 4).

236

Agravos	Ano 2016	Ano 2017
AIDS	14	10

*Quadro 4. Casos Notificados de AIDS - Aquidauana, MS, 2016 e 2017.* Fonte: Prefeitura Municipal de Aquidauana (2018).

Em relação ao perfil de morbidade ambulatorial, o quadro 5 descreve o número de casos notificados de Doenças e agravos, entre os anos de 2013 a 2016, de acordo com os dados do SINAN. Destacam-se, nas notificações, os casos de acidentes com animais peçonhentos, 2013: 25; 2014: 20; 2015: 36; e 2016: 26. Os casos de Atendimento Antirrábico Humano corresponderam no ano de 2013: 118; 2014: 150; 2015: 147; e 2016: 142. Os casos de sífilis em gestantes correspondem no ano 2013: 34; 2014: 32; 2015: 47; e 2016: 24 (Quadro 5). Tais informações chamam atenção, relacionada a características da região, e sinalizam que

há necessidade de maiores investimentos na busca ativa e de enfoque na prevenção.

Doenças e Agravos	Anos			
	2013	2014	2015	2016
Acidente com Animais Peçonhentos	25	20	36	26
Acidente c exposição a material biológico	9	9	14	02
Acidente grave	51	93	73	26
Atendimento Antirrábico Humano	118	150	147	142
Candidíase	04	-	-	-
Condiloma Acuminado	14	11	09	11
Conjuntivite não especificada	06	02	05	-
Coqueluche	02	20	02	04
Doença de Citomegalovírus	02	01	01	-
Doença de Lyme	-	-	-	03
Febre maculosa	-	-	-	01
Gestante HIV	-	02	01	01
Hantavirose	-	-	-	01
Hepatites Virais	15	14	18	02
Herpes Genital	05	03	01	01
Infecção Gonocócica	04	04	07	02
Leptospirose	02	02	01	01
Malária	-	-	01	-
Meningite- Outras meningites	05	02	05	02
Outras infecções causadas por clamídias	11	15	03	02
HTLV	02	-	02	-
Sífilis Congênita	08	05	11	06
Sífilis em Gestante	34	32	47	24

Doenças e Agravos	Anos			
	2013	2014	2015	2016
Sífilis não especificada	38	25	54	39
Tétano accidental	-	-	01	-
Toxoplasmose	08	01	04	-
Tricomoníase	31	10	20	10
Varicela	33	14	13	08
Violência interpessoal/ autoprovocada	21	65	39	90

Quadro 5. Demonstrativo de Casos Notificados de Doenças e Agravos - SINAN no quadriênio 2013-2016- Aquidauana, MS.

Fonte: Prefeitura Municipal de Aquidauana (2018).

238

Os capítulos desta coletânea dedicados à Saúde Mental dos trabalhadores/as pantaneiros/as apontam uma prevalência de Transtornos Mentais de 16,9%, aferida pelo SRQ-20, como se pode observar no capítulo 2 dessa coletânea. Cerchiari (2017) aponta a ocorrência de dois suicídios por enforcamento relatados, nos últimos seis meses de 2017, e a existência de conflito em conciliar os papéis trabalho/família/trabalho nas fazendas do pantanal de Aquidauana.

Camargo (2018) analisou casos de suicídios e tentativas de suicídio nos municípios de Aquidauana e Anastácio, entre os anos 2007 a 2016, e foram confirmados 46 casos de suicídios nos municípios citados. Destaca-se no estudo que, entre 2015 e 2016, foram notificados 20 casos, ou seja, uma média de 10 casos a cada 12 meses. Entre os casos, 75 % entre homens, faixa de etária entre 20 a 39 anos de idade, responsáveis pela maioria dos casos de suicídio (25%). Do total de casos, 73,8% possuíam menos de 9 anos de escolaridade, e pessoas solteiras representam 58,6% dos casos. Foram contabilizados um total de sete casos na área rural, todos no município de

Aquidauana, cinco por enforcamento, um por arma de fogo e um por envenenamento.

No que se refere à tentativa de suicídio, o referido estudo apontou que a faixa etária de maior incidência foi entre 20 a 29 anos de idade, tanto para o sexo masculino quanto para o feminino, representando 33 % dos casos registrados em Aquidauana e Anastácio, no período de 2014 a 2016 (Camargo, 2018).

Fazem-se necessários mais estudos sobre a Saúde Mental do trabalhador/a pantaneiro/a, sendo que na literatura eles inexistem, sendo os primeiros os presentes nesta coletânea, utilizando-se, preferencialmente, o padrão ouro (*gold standard*) para confirmação de casos, ou seja, a entrevista psicológico-psiquiátrica.

Diante de tais particularidades, propõem-se estratégias para intervenção na saúde geral e mental do trabalhador pantaneiro, em particular para a implantação de equipes itinerantes/ voluntantes que atendam tais especificidades e necessidades.

239

### **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Atenção à População Rural**

A universalidade, a equidade e a integralidade são os princípios que fundamentam o SUS. Dessa forma, garantirão a criação de estratégias para o acesso à saúde pelos grupos mais vulneráveis, considerando as especificidades de cada indivíduo e coletividade. Tais direitos devem ser assegurados como dever do estado, órgão que deve promover ações extensivas e intensivas, cujo desafio é levar as iniciativas de saúde aos contextos mais distantes e de difícil acesso, às populações mais vulneráveis e tradicionalmente refratárias às ações de saúde (Lemke & Silva, 2011).

Pitilin e Lentsck (2015) afirmam que

A reorganização do modelo de atenção e a interiorização dos serviços de saúde, em especial nas áreas rurais, são temas que permeiam a atual política pública vigente no país,

uma vez que se acredita que haja um potencial natural de vulnerabilidades dessa população devido à existência de problemas de saúde relacionados à baixa escolaridade, residências mais precárias, dificuldades de transporte, de acesso aos serviços de saúde, de consultas médicas, entre outras. (p. 8)

Os autores ainda afirmam que o sistema rural de saúde, em que ocorre esse serviço, estava estruturado, não permitia a adesão ao novo modelo assistencial, apresentando práticas de assistência pontual e curativista, a não realização de ações programadas que se perpetuam, contrárias à proposta da Atenção Primária à Saúde (APS).

Com a revisão da PNAB, por meio da Portaria no 2.436, de 21 de setembro de 2017, no âmbito do SUS, são estabelecidas as diretrizes para a organização da Atenção Básica e também a revisão de itens importantes na referida Política, referindo-se às especificidades da Estratégia Saúde da Família. A Portaria enfoca que:

1. - Equipes de Saúde da Família para o atendimento da População Ribeirinha da Amazônia Legal e **Pantaneira**: Considerando as especificidades locorregionais, os municípios da Amazônia Legal e Pantaneiras podem optar entre 2 (dois) arranjos organizacionais para equipes Saúde da Família, além dos existentes para o restante do país:

a. Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR): São equipes que desempenham parte significativa de suas funções em Unidade Básica de Saúde (UBS) construídas e/ou localizadas nas comunidades pertencentes à área adstrita e cujo acesso se dá por meio fluvial e que, pela grande dispersão territorial, necessitam de embarcações para atender as comunidades dispersas no território. As ESFR são vinculadas

a uma UBS, que pode estar localizada na sede do Município ou em alguma comunidade ribeirinha localizada na área descrita. (Brasil, 2017a)

A ESFR deve ser formada por equipe multiprofissional composta por, no mínimo, um médico; um enfermeiro; um auxiliar ou técnico de enfermagem; um psicólogo; Agente Comunitário de Saúde (ACS); Agente Comunitário de Endemia (ACE); profissionais de saúde bucal: um cirurgião dentista e um técnico ou auxiliar em saúde bucal.

No caso de grande dispersão populacional, a Portaria acima citada recomenda que as ESFR possam contar, ainda, com: até 24 Agentes Comunitários de Saúde; até 12 microscopistas, nas regiões endêmicas; até 11 auxiliares/técnicos de enfermagem; um auxiliar/técnico de saúde bucal.

As ESFR poderão, ainda, acrescentar até dois profissionais da área da saúde de nível superior à sua composição, entre enfermeiros ou outros profissionais previstos nas equipes de Núcleo de Apoio a Saúde da Família Atenção Básica (NASF-AB).

No caso das comunidades do Pantanal, na região do município de Aquidauana, distantes da UBS de referência, estas poderão adotar **círculo/equipe volante** de deslocamento que garanta o atendimento a todas as comunidades assistidas, ao menos a cada 60 dias, para assegurar a execução das ações de Atenção Básica.

Para operacionalizar a atenção à saúde das comunidades ribeirinhas dispersas no território de abrangência, a ESFR receberá incentivo financeiro de custeio para logística, que considera a existência das seguintes estruturas:

- a) até 4 (quatro) unidades de apoio (ou satélites), vinculadas e informadas no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde vigente, utilizada (s) como base (s) da(s) equipe(s), onde será realizada a atenção de forma descentralizada e;

b) até 4 (quatro) embarcações de pequeno porte exclusivas para o deslocamento dos profissionais de saúde da(s) equipe(s) vinculada(s)s ao Estabelecimento de Saúde de Atenção Básica. Todas as unidades de apoio ou satélites e embarcações devem estar devidamente informadas no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde vigente, a qual as ESFR estão vinculadas. (Brasil, 2017a, 2013a)

Para as localidades distantes da base EAB e que não possuem equipamento necessário para viabilizar o atendimento, o acesso será ordenado, conforme avaliação prévia da equipe de referência utilizando como alternativa a **Unidade Móvel/equipe volante**. Esses atendimentos devem ser referenciados para pontos de convergência regionalizados de fácil acesso à população usuária.

### **Proposta de Equipe Volante para o Município de Aquidauana, com Foco na Atenção à Família**

242

A Saúde do Trabalhador no SUS busca criar mecanismos de fortalecimento e construção de novas práticas, em especial na Atenção Básica, ordenadora do atual modelo de produção do cuidado. Com o enfoque na educação permanente, na promoção e na vigilância da saúde, espera-se que os profissionais de saúde da família e do NASF possam ampliar seu olhar e o escopo de suas ações no território, à medida que desfrutem de condições e recebam qualificação para atuar.

Com a publicação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNST), cresce a expectativa pela reorganização do sistema de saúde voltado ao trabalhador, especialmente pela AB. É emergente a busca pela formação de redes de atenção que vislumbrem o trabalhador com outro olhar, ao promover acolhimento de suas demandas, dando-lhes significado e uma resposta positiva.

Os desafios são diversos e complexos, porém não se pode esquecer de que muitos dos entraves, no campo da ST, são oriundos da conformação do mundo do trabalho no atual modelo de sociedade vigente.

Em vista do exposto, a seguir, serão descritos alguns conceitos e estruturas para a operacionalização das propostas aqui formuladas.

### **Conceito de Equipe Volante**

A equipe volante é uma equipe adicional para atender famílias que vivem em locais de difícil acesso ou que estão dispersas no território – com prioridade àquelas extremamente pobres. Por levar o atendimento às áreas mais remotas dos municípios, a equipe volante contribui de modo decisivo na Busca Ativa. A presença de equipes volantes é indicada nos municípios de grande extensão, com comunidades rurais ou comunidades tradicionais, especialmente se houver comunidades isoladas (Brasil, 2013a).

243

A equipe volante é uma forma de propiciar o acesso dessa população à Atenção Básica de Saúde, buscando, assim, salvaguardar a igualdade, mas, sobretudo, a equidade preconizada pela Lei Orgânica da Saúde (LOS) n. 8080/90, que tem por objetivo a melhoria da qualidade de vida relacionada à saúde dessas populações (Brasil, 1990).

Para tanto, poderá ser adotada, como estratégia operacional de efetivação das políticas de saúde, a organização da Atenção em Eixos Estratégicos, orientados pelos ciclos de vida: Criança, Adolescente, Mulher/Homem e Idoso, agregando áreas técnicas afins, bem como as áreas transversais: Hipertensão e Diabetes, Tuberculose e Hanseníase, IST/Aids, Tabagismo e Alimentação e Nutrição, seguindo as propostas da Secretaria Municipal de Saúde de Aquidauana (Prefeitura Municipal de Aquidauana, 2018).

Para a realização dessas ações, a Equipe Volante contará com uma equipe de profissionais, junto com os serviços oferecidos por ela, ou seja, a composição e infraestrutura da equipe, conforme se apresenta abaixo:

### *Equipe*

A equipe volante pode estar vinculada a uma unidade Estratégia Saúde da Família, composta pelos seguintes profissionais, minimamente:

- ✓ um médico;
- ✓ um enfermeiro;
- ✓ um psicólogo;
- ✓ um auxiliar ou técnico de Enfermagem;
- ✓ Agentes Comunitários de Saúde (ACS);
- ✓ Agentes Comunitários de Endemia (ACE);
- ✓ profissionais de saúde bucal: um cirurgião dentista; e
- ✓ um técnico ou auxiliar em saúde bucal.

244

### *Infraestrutura*

Para a **unidade apoio**, localizada na cidade sede:

Há a necessidade de espaços destinados para recepção, sala(s) de atendimento individualizado, sala(s) de atividades coletivas e comunitárias, sala para atividades administrativas, instalações sanitárias, com adequada iluminação, ventilação, conservação, privacidade, salubridade, limpeza e acessibilidade em todos seus ambientes, de acordo com as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). O ambiente deve possuir outras características, de acordo com a regulação específica do serviço.

Por se tratar de serviços com caráter primário de saúde, segundo especificações da PNAB, a UBS de apoio seguirá com as

especificações do manual de estrutura física das unidades básicas de saúde de normas e manuais técnicos (Brasil, 2006a), além de se adequar às especificações necessárias de acessibilidade, edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos segundo a norma brasileira válida a partir de 2004 (ABNT, 2004).

<b>ESTRUTURA SUGERIDA PARA A UBS COM TRÊS ESF</b>	
<b>Ambientes</b>	<b>Número de salas ou ambientes</b>
Sala de espera para pacientes e acompanhantes	Mais de 5
Recepção – área de registro de pacientes	1
Área para arquivo de prontuários junto à recepção	1
Consultório com sanitário	2
Consultório	3
Sala de vacinas	1
Sala de curativos	1
Sala de nebulização	1
Sala de procedimentos	2
Sala de armazenamento e distribuição de medicamentos / farmácia (quando não existirem farmácias públicas regionalizadas no município)	1
Almoxarifado	1
Consultório odontológico	1
Área para compressor e bomba a vácuo	1
Escovário	1
Sanitário	3
Gerência e Administração	1
Depósito de lixo	1
Sala de arsenal (estoque material limpo)	1
Depósito de Material de Limpeza (DML)	1

245

*Quadro 1. Exemplo de infraestrutura.*

Fonte: Brasil (2006a)

### Para a **unidade móvel**:

A unidade móvel de saúde da equipe volante será constituída por um consultório odontológico básico, conforme portaria n. 2.371, de 7 de outubro de 2009, consultórios para atendimento clínico, pediátrico e psicológico, que podem ser utilizados para coleta de exames e aplicação de medicação e alguns procedimentos médicos e de enfermagem, além de sala de recepção, despensa de medicamentos e sala de vacina. A sala de vacina seguirá as disposições publicadas no Diário Oficial da União (DOU) n. 248, de 28 de dezembro de 2017, em que constam requisitos mínimos para seu funcionamento (Brasil, 2009a; Brasil, 2009b; Brasil, 2017b).

Haverá o cadastramento dessa unidade no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), segundo a portaria SAS/MS n. 511, de 29 de dezembro de 2000, que considera em seus artigos a necessidade de controlar e conhecer os serviços de saúde do país. Para tanto, faz parte também, como órgão regulador, o Manual de fiscalização e roteiros de vistorias do Conselho Federal de Medicina (CFM), constando, pois, um roteiro de inspeção das unidades móveis de saúde. No entanto este não especifica os quesitos de uma unidade móvel de saúde com caráter volante, apenas as ambulâncias de atendimento pré-hospitalar, unidade de terapia intensiva e de transporte fluvial e aéreo (CFM, 2001).

### **Serviços Ofertados**

A Unidade Móvel/Equipe Volante deve oferecer serviços de saúde, que devem ser ofertados a partir das visitas domiciliares, de acordo com as orientações da Portaria 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, Portaria 2488/GM, de 21 de outubro de 2011, Portaria n. 4.217, de 28 de dezembro de 2010, tais como:

- Assistência pré-natal, parto e puerpério;
- Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil;
- Imunização para todas as faixas etárias;
- Ações de promoção da saúde e prevenção de doenças;
- Tratamento das intercorrências mais comuns na infância;
- Atendimento das afecções agudas de maior incidência;
- Acompanhamento de pessoas com doenças crônicas de alta prevalência;
- Tratamento clínico e cirúrgico de casos de pequenas urgências ambulatoriais;
- Tratamento dos distúrbios mentais e psicossociais mais frequentes;
- Controle das doenças bucais mais comuns;
- Suprimento/dispensação dos medicamentos da Farmácia Básica;
- Ações básicas de vigilância sanitária.

247

## Áreas Estratégicas para Atuação

A equipe deverá atuar em áreas estratégias, recomendadas pela Portaria 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011, entre elas:

- Controle da hipertensão arterial;
- Controle do *diabetes mellitus*;
- Eliminação da desnutrição infantil;
- Saúde da criança;
- Saúde da mulher;
- Saúde do idoso;
- Saúde bucal;
- Saúde mental;
- Promoção da saúde;
- Eliminação de hanseníase;
- Controle da tuberculose

- Outras áreas definidas regionalmente, de acordo com prioridades e pactuações nas CIBs.

## **Articulação em Rede**

O serviço móvel deve estar articulado com a Rede de Atenção à Saúde do município e com outras secretarias, de acordo com as necessidades da comunidade. Entre eles: Serviços socioassistenciais de proteção social básica e especial; Serviços relacionados a cultura, esporte, meio-ambiente, trabalho, habitação; Conselhos de políticas públicas e de defesa de direitos de segmentos específicos; Instituições de ensino e pesquisa; e Centros e grupos de convivência.

## **Medidas que Podem ser Implementadas**

- 248
- a) Mobilização e amplo diálogo entre o governo e as lideranças dos movimentos sociais, sendo fundamental a participação dessas populações nos conselhos de saúde e nas demais instâncias de participação e controle social do SUS;
  - b) Ações de promoção e vigilância em saúde;
  - c) Ações de promoção e vigilância em saúde mental;
  - d) Educação Permanente e Educação Popular em Saúde com foco nas populações rurais do Campo;
  - e) Formação de recursos humanos: formação de recursos humanos capacitados e treinados em medicina da família e comunidade para atuarem nessas regiões, de maneira resolutiva, no manejo dos problemas mais frequentes, bem como na prestação de um cuidado integral e continuado às populações que habitam nesses territórios (Pitilin & Lentsck, 2015) e

f) Matrículamento com a Rede de Atenção Psicossocial e convênio com a Secretaria Estadual de Saúde.

## Considerações Finais

A Unidade móvel pode representar uma alternativa de inclusão e acessibilidade dos cidadãos aos serviços de saúde, requerendo dos gestores planejamento das ações e atividades, bem como a formação permanente dos recursos humanos.

Há que se considerar que a alternativa das equipes volantes pode representar uma estratégia de identificação das áreas de risco e populações de risco, representando, dessa forma, porta de entrada para o SUS, especialmente para que a comunidade rural possa ter acesso aos serviços especializados ou complementares.

Tais recomendações, se incorporadas ao desenho das políticas para provimento e fixação de profissionais, têm grande potencial de contribuir na superação da defasagem rural-urbana e propiciar cuidados de saúde de qualidade para essa demanda.

249

## Referências

- Associação Brasileira de Normas Técnicas. (2004). *NBR 9050: Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos*. Rio de Janeiro: ABNT.
- Barros, W. M., Gomes, R. L., & Marcato Junior, J. (2015). Análise dos contingentes populacional e habitacional da cidade de Aquidauana-MS: Atualização e perspectiva. *GeoPantanal*, 10(19), 59-69. Disponível em <http://seer.ufms.br/index.php/revgeo/article/view/1021>
- Brasil. (1990). Ministério da Saúde. *Lei n 8.080*, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção,

proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras provisões. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2000). Ministério da Saúde. *Portaria SAS/MS n.*

*511*, de 29 de dezembro de 2000. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2006a). Ministério da Saúde. *Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: Saúde da família*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2006b). Ministério da Saúde. *Portaria n. 399*, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2009a). Ministério da Saúde. *Portaria n. 2.371*, de 7 de outubro de 2009. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Componente Móvel da Atenção à Saúde Bucal - Unidade Odontológica Móvel - UOM. Brasília: Ministério da Saúde.

250  
Brasil. (2009b). Ministério da Saúde. *Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2010). Ministério da Saúde. *Portaria n. 4.217*, de 28 de dezembro de 2010. Aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2011a). Ministério da Saúde. *Portaria 2.488/GM*, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde.

- Brasil. (2011b). Ministério da Saúde. *Portaria n. 2.866*, de 2 de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2013a). Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta* (1a ed.; 1a reimp.). Brasília: Ministério da Saúde. 48p.:il.
- Brasil. (2013b). *Brasil sem miséria no seu município*. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.
- Brasil (2017a). Ministério da Saúde. Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília.
- Brasil. (2017b). Ministério da Saúde. *Resolução da Diretoria Colegiada - RDC n. 197*, de 26 de dezembro de 2017. Dispõe sobre os requisitos mínimos para o funcionamento dos serviços de vacinação humana. Brasília: Ministério da Saúde.
- Camargo, E. N. (2018). *Análise da ocorrência e tentativas de suicídios nos municípios de Anastácio e Aquidauana/MS, no período de 2007 a 2016: Contribuição ao aperfeiçoamento de políticas de saúde pública de prevenção* (Dissertação de mestrado em Geografia, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Aquidauana, MS, Brasil).
- Cerchiari, E. A. N. (2017). *Saúde mental e trabalho-família do pantaneiro*. Relatório de pós-doutorado apresentado ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia – área Psicologia da Saúde da Universidade Católica Dom Bosco. Campo Grande, MS. 130p.
- Conselho Federal de Medicina. (2001). *Manual de fiscalização e roteiros de vistorias*. Brasília: Conselho Federal de Medicina.

Fontoura Junior, E. E. (2017). *Saúde, qualidade de vida e capacidade para o trabalho do peão pantaneiro da região de Aquidauana, Mato Grosso do Sul, Brasil* (Tese de doutorado em Psicologia, Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, MS, Brasil).

Fundação de Turismo de Estado de Mato Grosso do Sul. (s.d.).

Mapa turístico do MS. Disponível em <http://www.turismo.ms.gov.br/conheca-ms/mapa-turistico-do-ms/>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2011). *Censo Demográfico 2010: Características da população e dos domicílios*. Rio de Janeiro: IBGE.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2014a).

*Cidades@*. Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ms/aquidauana/panorama>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2014b). *Tábua completa de mortalidade para o Brasil 2013: Breve análise da mortalidade nos períodos 2012-2013 e 1980-2013*. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em [ftp://ftp.ibge.gov.br/Tabuas\\_Completas\\_de\\_Mortalidade/Tabuas\\_Completas\\_de\\_Mortalidade\\_2013/notastecnicas.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Tabuas_Completas_de_Mortalidade/Tabuas_Completas_de_Mortalidade_2013/notastecnicas.pdf)

252

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2017). *Pecuária Municipal 2016: Centro-Oeste concentra 34,4% do rebanho bovino do país*. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/economicas/agricultura-e-pecuaria/9107-producao-da-pecuaria-municipal.html?=&t=downloads>

Joia, P. R., & Paixão, A. A. (2016). Rodovias municipais: Integração e organização do espaço no município de Aquidauana-MS. *Terr@Plural*, 10(1), 105-120.

Larroque, M. M., Pontes, E. R. J. C., Marques, A. P. C., & Fernandes, S. M. (2013). Mortalidade por tuberculose:

- Municípios prioritários de Mato Grosso do Sul, 1999-2008. *Arq. Ciênc. Saúde*, 17(3), 163-169.
- Lemke, R. A., & Silva, R. A. N. (2011). Um estudo sobre a itinerância como estratégia de cuidado no contexto das políticas públicas de saúde no Brasil. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 21(3), 979-1004.
- Mato Grosso do Sul. (2015). Secretaria de Estado de Saúde. *Plano Estadual de Saúde 2016-2019*. Campo Grande, MS.
- Nantes, E. C. (2018). *Análise da ocorrência e tentativas de suicídios nos municípios de Anastácio e Aquidauana/MS, no período de 2007 a 2016: Contribuição ao aperfeiçoamento de políticas de saúde pública de prevenção* (Dissertação de mestrado em Geografia, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Aquidauana, MS, Brasil).
- Neves, J. (1974). Fontes primárias para a história de Aquidauana: A ata de Fundação e o primeiro decreto municipal. *Anais do 7º Simpósio Nacional dos Professores Universitários de História* (Vol. 3, pp. 1677-1694), São Paulo.
- Nunes Filho, W. C. (2006). *Unidade Móvel de Saúde: Uma alternativa?* Curso de Especialização Gestão Estratégica em Saúde. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Pitilin, E. B., & Lentsck, M. H. (2015). Atenção Primária à Saúde na percepção de mulheres residentes na zona rural. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(5), 726-732, doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000500003>
- Prefeitura Municipal de Aquidauana. (2014). *Plano Municipal de Saúde: 2014-2017*. Aquidauana: Gerência Municipal de Saúde e Saneamento.
- Prefeitura Municipal de Aquidauana. (2018). *Plano Municipal de Saúde: 2018-2021*. Aquidauana: Gerência Municipal de Saúde e Saneamento.

Santos, E. T., Silva, K. A., & Estadulho, M. B. Principais causas de morbi-mortalidade nos municípios de Aquidauana e Anastácio, Estado de Mato Grosso do Sul, no período de 1996 a 2011. *GEOSAÚDE'2014* - I Congresso de Geografia da Saúde dos Países de Língua Portuguesa 43. Coimbra, Portugal, 21-24 Abril 2014.

# Capítulo XI

## *Intervenção nas Doenças Crônicas Não Transmissíveis em Trabalhadores e Trabalhadoras do Pantanal de Aquidauana, MS, Brasil*

*Débora Dupas Gonçalves do Nascimento*

*Ednéia Albino Nunes Cerchiari*

*Eduardo Espíndola Fontoura Junior*

*Fátima Alice Quadros*

*Márcia Regina M. Alvarenga*

*Érika Kaneta Ferri*

255

*Flaviany Aparecida Piccoli Fontoura*

*Laura Cristina Peixoto Valério da Silva*

*Natália de Souza Ferreira*

*Clery Antonia Arcas Topal Paes Leme*

### Introdução

Os camponeses, pescadores, extrativistas, ribeirinhos, quilombolas, indígenas, populações atingidas por barragens, entre outras, eram consideradas invisíveis para as políticas públicas do Estado em pleno início do século XXI (Carneiro et al., 2014).

Portanto, para que essa população mais vulnerável se torne visível, é imprescindível que o Estado adote a implantação e implementação de políticas de promoção da equidade, principalmente na saúde. As políticas de promoção de equidade em saú-

de visam garantir o acesso à saúde com qualidade para essas populações.

Souto, Sena, Pereira e Santos (2016) destacam que as políticas de equidade colaboram para a efetiva conquista de direitos desses segmentos da sociedade brasileira, fortalecendo-os para o exercício da cidadania e a inclusão social.

Nesse sentido, a 14º Conferência Nacional de Saúde discutiu e aprovou a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), constituída a partir da Portaria n. 2.866, de 2 de dezembro de 2011, que instituiu a política no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto instrumento norteador e legítimo do reconhecimento das necessidades de saúde das referidas populações. Essa Política faz parte das políticas de promoção de equidade no SUS (Souto et al., 2016).

256 Ressalta-se que a Portaria de Consolidação das normas sobre as políticas nacionais do SUS (Portaria n. 2, de 28 de setembro de 2017) destaca, na Seção IV, as políticas de promoção da equidade em saúde (Política Nacional de Saúde Integral da População Negra; Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas; e a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais) (Brasil, 2017).

A PNSIPCF conceitua equidade por “promoção do direito à igualdade como princípio da justiça redistributiva e implica reconhecer necessidades especiais e dar-lhes tratamentos diferenciados no sentido da inclusão e do acesso individual e coletivo” (Brasil, 2013a, p.21).

A PNSIPCF tem como objetivo:

... melhorar o nível de saúde das populações do campo e da floresta, por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades de gênero, de geração, de raça/cor, de etnia

e de orientação sexual, objetivando o acesso aos serviços de saúde; a redução de riscos à saúde decorrentes dos processos de trabalho e das inovações tecnológicas agrícolas; e a melhoria dos indicadores de saúde e da sua qualidade de vida. (Brasil, 2013a, p. 7)

De acordo com a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, as populações do campo e da floresta são caracterizadas:

... por povos e comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução social, relacionados predominantemente com a terra. Neste contexto estão os camponeses, sejam eles agricultores familiares, trabalhadores rurais assentados ou acampados, assalariados e temporários que residam ou não no campo. Estão ainda as comunidades tradicionais, como as ribeirinhas, quilombolas **e as que habitam** ou usam reservas extrativistas **em áreas florestais ou aquáticas** e ainda as populações atingidas por barragens, entre outras. (Brasil, 2013a, p. 8)

257

Em 6 de dezembro de 2011, foi aprovado o Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (2011-2015) por meio da Resolução n. 3/2011 da Comissão Intergestores Tripartite. Esse Plano Operativo tinha por objetivo apresentar estratégias para orientar as gestões (federal, estadual e municipal) no processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde, tendo por foco as populações do campo e da floresta (Brasil, 2013a, p. 30). Isso significa que o Plano Operativo se insere na dinâmica do SUS por meio de estratégias de gestão solidária e participativa, considerando a integralidade das ações, da atuação de equipes interdisciplinares com prestação de serviços de forma contínua às pessoas no seu contexto.

Em 28 de setembro de 2017, foi aprovado o II Plano Operativo para o período 2017 a 2019 da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. O atual Plano Operativo é estruturado por cinco eixos e 17 estratégias para fomentar sua implementação. Destacam-se os eixos (Conselho Nacional de Secretários de Saúde [CONASS], 2017, Art.3º):

- I- Acesso das populações à atenção integral à saúde;
- II-Promoção e vigilância em saúde;
- III-Educação permanente, educação popular em saúde e comunicação;
- IV-Mobilização, articulação, participação e controle social;
- V-Monitoramento e avaliação das ações de saúde para as populações.

Assim, nesse contexto, destacamos a estratégia XV que visa estimular o desenvolvimento de pesquisas e projetos de extensão voltados à saúde das populações do campo, da floresta e das águas.

Portanto, a partir da definição da Política, os residentes do Pantanal sul-mato-grossense estão inseridos e contemplados por tal política, uma vez que o II Plano Operativo define o papel da União, dos Estados e dos municípios (CONASS, 2017, Art.7º):

Compete à gestão municipal do SUS:

- I – articular a implementação das estratégias do II Plano Operativo da PNSIPCFA no âmbito municipal; e
- II – promover a inclusão das estratégias do II Plano Operativo da PNSIPCFA no Plano Municipal de Saúde, na Programação Anual de Saúde, bem como monitorar as ações desse Plano a partir do Relatório Anual de Gestão, em consonância com as realidades, demandas e necessidades locais.

No tocante à situação da população rural e urbana nos anos de 2007 e 2010 (Quadro 1), da região de Aquidauana, observa-

-se que a população rural - predominantemente composta por trabalhadores pantaneiros, aumentou sensivelmente nos últimos três anos, porém o número de 9.688 pessoas corresponde a 21% do total da população, quantidade significativa quando se trata do gerenciamento de ações de saúde para o atendimento e acesso dessa população específica (Prefeitura Municipal de Aquidauana, 2014).

Situação de domicilio	2007	2010
População Residente Rural	9.541	9.688
População Residente Urbana	35.379	35.926

*Quadro 1.* Dados comparativos de população residente rural e urbana. Fonte: Prefeitura Municipal de Aquidauana (2014).

Desde 2012, o Ministério da Saúde conta com o Índice de Desempenho do SUS (IDSUS), um indicador que avalia o desempenho do SUS quanto à universalidade de acesso, resolutividade da atenção à saúde prestada à população e qualidade dos serviços de saúde no país, entre outros. O índice objetiva identificar e avaliar deficiências e problemas no SUS, para que o governo federal, estados e municípios possam adotar ações que venham subsidiar a superação destes, melhorando assim o atendimento aos usuários do SUS (Brasil, 2015a).

259

De maneira geral, o Índice de Desenvolvimento do SUS de Aquidauana é de 5,80. Esse um valor considerado como positivo, em especial, quando comparado com o IDHSUS do país que é 5,47, e da região Centro-Oeste, que é 5,26. Contudo não devem ser esquecidas outras variáveis relevantes com relação à saúde, como as epidemiológicas, demográficas e socioeconômicas (Prefeitura Municipal de Aquidauana, 2014).

## Aspectos Gerais das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)

A ocorrência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) tornou-se a principal causa de morte em todo o mundo nas últimas duas décadas, sendo que as quatro principais patologias - hipertensão arterial sistêmica; doença pulmonar obstrutiva crônica; diabetes mellitus e câncer são responsáveis por mais de 60% de todos os óbitos (World Health Organization [WHO], 2015).

De acordo com dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizado pelo Ministério da Saúde em parceria com o IBGE, aproximadamente 57,4 milhões de pessoas, o que corresponde a 40% da população adulta, referiu possuir pelo menos uma DCNT (Brasil, 2014a).

As DCNT são responsáveis por 72% das causas de óbito no Brasil, e essas enfermidades atingem principalmente o sexo feminino (44,5%) – são 34,4 milhões de mulheres e 23 milhões de homens (33,4%), sendo que a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o *diabetes mellitus* (DM) estão entre as doenças de maior prevalência no país (Brasil, 2014a).

Entre todas as DCNT, as que mais acometem os homens são: a obesidade, o diabetes, a hipertensão arterial, entre outras. De maneira geral, eles procuram pouco os serviços de saúde; costumam negar o adoecimento devido a questões culturais; vivem 7,3 anos a menos do que as mulheres e estão mais expostos às DCNT, com destaque para a hipertensão arterial e o diabetes (Herrmann et al., 2016).

O DM e a hipertensão arterial sistêmica (HAS) são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no SUS (Schmidt et al., 2010) e, segundo o “Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011-2022”, do Ministério da Saúde

(MS), tanto a hipertensão arterial sistêmica como o diabetes estão listadas entre as doenças que constituem o problema de saúde de maior magnitude e correspondem a cerca de 70% das causas de mortes, atingindo fortemente camadas pobres da população e grupos mais vulneráveis, como a população de baixa escolaridade e renda (Brasil, 2011).

A região Centro-Oeste é a terceira região com maior prevalência – 4 milhões de pessoas (37,5%). Em todas as regiões, as mulheres tiveram maior prevalência quando comparadas aos homens, e isso ocorre pelo fato de elas procurarem atendimento em saúde de forma espontânea com mais frequência do que os homens, facilitando assim o diagnóstico de alguma possível doença crônica (Brasil, 2014a, 2014b).

Por mais que a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) seja idealizada com alto grau de descentralização e capilaridade, visando estar presente o mais próximo do usuário do sistema, algumas comunidades rurais ainda não possuem unidades de saúde em seu território, demandando que os indivíduos se desloquem até o meio urbano para acessar o sistema de saúde (Brasil, 2012). Além da dificuldade do acesso às unidades, a própria expectativa de vida da população que aumenta gradativamente, traz consigo um aumento na prevalência dos casos relacionados às DCNT, tais como a obesidade, a hipertensão, diabetes e a hipercolesterolemia. Tais doenças são fortemente relacionadas ao tabagismo, ao consumo excessivo de álcool e ao sedentarismo, ou seja, tiveram um aumento considerável com o processo de urbanização rural, seja por transformação nos hábitos alimentares, seja pelo estilo de vida (Monteiro et al., 2005; Balem & Silveira, 2002).

Trata-se de um grande desafio na atualidade para as equipes da Atenção Básica a prevenção e redução das doenças crônicas, em especial as que atuam em áreas rurais, como o Pantanal, pois

as DCNT são prevalentes, multifatoriais e envolvem determinantes biológicos e socioculturais. Assim, para uma abordagem efetiva, há necessidade das diversas categorias profissionais nas equipes de saúde e a participação efetiva dos indivíduos, suas famílias e comunidade (Duncan et al., 2012).

## Hipertensão Arterial Sistêmica

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. É uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA (PA  $\geq 140 \times 90 \text{ mmHg}$ ) (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2013).

A prevalência da HAS no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2013).

A HAS é causa direta da cardiopatia hipertensiva, além de ser um fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose. Como consequência de cardiopatia hipertensiva e isquêmica, a HAS é também fator etiológico de insuficiência cardíaca (Brasil, 2013b).

Nos últimos anos, a HAS tem sido considerada como fator de risco determinante para o aumento das doenças cardiovasculares, como a insuficiência cardíaca, doença arterial coronariana, doença cerebrovascular, doença renal crônica, assim como a sua associação no déficit cognitivo e demência (Soutello et al., 2015; Custódio et al., 2017).

Sua prevalência está ligada aos hábitos de vida, como a alimentação, consumo de sódio e álcool, o sedentarismo, o tabagismo e o controle do peso corpóreo (Costa et al., 2012; Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2013; Pavan, Padilha, Rodrigues, Rodrigues, & Gallani, 2013).

A HAS está presente em 27% das mulheres e entre 21, 3% dos homens, manifestando-se em 24,3% da população brasileira, ou seja, aproximadamente 12 milhões de brasileiros sofrem de HAS, podendo variar de acordo com a faixa etária e a escolaridade.

### ***Diabetes Mellitus (DM)***

O *Diabetes Mellitus (DM)* é outra DCNT de importância crescente na atualidade, por ser um problema de saúde pública para todo o país. É um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia que pode ocorrer devido a defeitos na secreção ou na ação do hormônio insulina, que é produzido no pâncreas (Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, 2007).

Essa doença representa uma carga significativa para os sistemas de saúde e, de acordo com a estimativa da Organização Mundial da Saúde (OMS), a glicemia elevada é a terceira causa de mortalidade prematura, perdendo somente para a pressão arterial aumentada e uso de tabaco (World Health Organization, 2009). Outro fato alarmante foi descrito pela *International Diabetes Federation (IDF)* em 2015, que estimou 8,8% (415 milhões de pessoas) da população mundial, numa faixa etária de 20 a 79 anos, vivia com Diabetes, e aproximadamente 75% dos casos são de países em desenvolvimento.

Segundo a IDF (2015), o Brasil encontra-se entre os 10 países com maior número de pessoas com diabetes no mundo (20 a 79 anos) e conta com aproximadamente 14,3 milhões de pessoas com DM (IDF, 2015).

Estima-se que o Brasil ultrapasse a 8<sup>a</sup> posição em 2000, para a 6<sup>a</sup> posição, em 2030, devido a fatores de risco relacionados aos hábitos alimentares e estilo de vida da população (Brasil, 2013b). Essa mesma publicação aponta que “as complicações

agudas e crônicas do diabetes causam alta morbimortalidade, acarretando altos custos para os sistemas de saúde" (Brasil, 2013b, p. 19).

## **Câncer de Mama**

O câncer de mama, já abordado em seu aspecto preventivo, no capítulo 3 dessa coletânea, é a neoplasia maligna mais frequentemente diagnosticada e a principal causa de óbito por câncer na população feminina em todo o mundo, e apresenta-se como um importante e permanente desafio para saúde pública (Torre et al., 2015).

É um tipo de câncer considerado multifatorial e, entre os fatores de risco desvelados, destacam-se os biológico-endócrinos, vida reprodutiva, comportamento e estilo de vida, envelhecimento, fatores relacionados à vida reprodutiva da mulher, história familiar de câncer de mama e alta densidade do tecido mamário (razão entre o tecido glandular e o tecido adiposo da mama). Além desses, também são considerados agentes potenciais para o desenvolvimento desse câncer o consumo de álcool, a obesidade, o sedentarismo e a exposição à radiação ionizante (Instituto Nacional de Câncer [INCA], 2015).

Estimativas recentes do INCA apontam que foram diagnosticados 57.120 novos casos de câncer de mama em 2014, com um risco de 56,09 casos/100 mil mulheres. Embora seja considerado um câncer relativamente de bom prognóstico se detectado precocemente, e as taxas nesse período tenham aumentado, a ocorrência no ano de 2012 no mundo foi cerca de 522 mil mortes.

No Brasil, considerando a mortalidade proporcional por câncer em mulheres, em 2014, os óbitos por câncer de mama ocuparam o primeiro lugar no país, representando 15,7% do total de óbitos. Esse padrão é semelhante para as regiões brasileiras, com exceção da região Norte, onde os óbitos por câncer de

mama ocupam o segundo lugar, com 12,2%. Nesse ano, a região centro-oeste, onde está localizado o estado de Mato Grosso do Sul, ocupou o segundo lugar no país, apresentando os maiores percentuais na mortalidade proporcional por câncer de mama (16,3%) (Brasil, 2014c).

O câncer de mama apresenta um prognóstico relativamente bom se diagnosticado precocemente e tratado oportunamente. Entretanto Silva et al. (2014) apontam que o cenário elevado da mortalidade por câncer de mama no Brasil ocorre devido à descoberta da doença em estágios avançados. Entre as formas mais eficazes para a detecção precoce do câncer de mama, estão o exame clínico da mama (ECM) e a mamografia (MMG). Atualmente, o autoexame das mamas (AEM) não é estimulado como estratégia isolada para a detecção precoce, e sim como ação de conhecimento do próprio corpo. Quando a mulher conhece bem suas mamas e se familiariza com o que é normal para ela, pode estar atenta a essas alterações e buscar o serviço de saúde para investigação diagnóstica.

265

Apesar de o autoexame das mamas, por si só, não se apresentar eficaz na prevenção secundária dessa neoplasia, Gonçalves, Camargo, Cagol, Miranda, e Mendoza-Sassi (2017) relatam que este foi o mais lembrado pelas mulheres como método de prevenção, e tal fato pode ser explicado pelas intensas campanhas veiculadas na mídia abordando esse aspecto. As ações de divulgação alertam para a necessidade de maior esclarecimento da população feminina sobre os métodos de prevenção secundária do câncer de mama, o exame clínico da mama (ECM) e a mamografia (MMG) para que o diagnóstico seja precoce e se evite um dano maior. O conhecimento dos métodos preventivos pela mulher pode aumentar a sua realização.

Diante das dificuldades de diagnóstico precoce a alto índice de mortalidade por câncer de mama, destacam-se as barreiras

no acesso aos serviços de saúde, deficiência de serviços oncológicos nas cidades do interior, carências nas ações de capacitação oncológica para os profissionais, descontinuidade no acesso à assistência, desde os serviços da atenção básica aos serviços especializados, e dificuldades na gestão estadual e municipal quanto à organização dos fluxos assistenciais.

A importância epidemiológica do câncer e sua magnitude como problema de saúde pública refletem a necessidade do planejamento de políticas públicas que atendam às necessidades reais das usuárias dos serviços de saúde; nesse âmbito, o Brasil instituiu a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria n. 874, de 16 de maio de 2013. Esse documento possui o objetivo de assegurar a redução da mortalidade e da incapacidade causada pelo câncer e a diminuição da incidência de alguns tipos da doença. Propõe, ainda, contribuir para melhorar a qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações que promovam a prevenção, a detecção precoce, o tratamento oportuno e os cuidados paliativos (Brasil, 2013c).

Especificamente referente ao câncer de mama, para além da Política Nacional de Controle do Câncer de Mama (PNRCM), o Ministério da Saúde aprovou as Diretrizes Nacionais para a Detecção Precoce do Câncer de Mama, no âmbito do SUS, por meio da Portaria n. 59, de 1 de outubro de 2015, com a finalidade de ampliar e qualificar a detecção precoce da doença no país e, por conseguinte, diminuir a mortalidade por esse tipo de neoplasia, contribuindo para a qualificação da tomada de decisão pelos gestores de saúde quanto à organização da linha de cuidado do câncer de mama, ao apoio aos profissionais de saúde nas suas práticas clínicas e aos pacientes nas suas escolhas frente a diferentes intervenções.

Diante do cenário situacional do Brasil, os documentos e normativas desvelam a necessidade do acesso aos serviços de saúde como condição essencial para controlar e combater o câncer, sobretudo o câncer de mama. O acesso torna-se, assim, uma forma universal para ingressar no sistema de saúde pública no Brasil e estabelece o fortalecimento da saúde como um bem público proposto a atender pessoas que recorrem aos serviços, visto que a igualdade social o trata como um direito individual e coletivo (Rêgo & Nery, 2013).

## **Caracterização da Rede de Atenção à Saúde de Aquidauana**

### **Atenção Básica - Atenção Primária à Saúde**

Estima-se que 100% da população do município de Aquidauana utiliza a Rede de Atenção Assistencial do SUS, que é composta por um conjunto de serviços. A Rede de Atenção Básica (AB) é organizada a partir de territórios sobre os quais as unidades de saúde têm responsabilidade sanitária, com ênfase na efetivação da Estratégia de Saúde da Família (ESF). A AB está organizada em:

267

- 13 Unidades de Estratégias de Saúde da Família/ ESF nas áreas urbanas;
- três Unidades de Estratégias de Saúde da Família/ ESF nas áreas rurais;
- um Núcleo Ampliado de Saúde da Família/ NASF-AB;
- uma Farmácia Básica Municipal.

Na AB são oferecidas consultas com médicos da saúde da família, consultas de enfermagem, atendimento odontológico, atendimento social, consulta psicológica, consulta de nutrição, visitas domiciliares, imunização, inalação, curativo, coleta de exames laboratoriais, testagem e aconselhamento do HIV/Aids e outras IST. Além disso, conta com a dispensação de me-

dicamentos, dispensação de materiais médico-hospitalares para usuários acamados, ações de educação em saúde, notificação de doenças e agravos, ações de promoção de saúde e atividade física orientada.

Para tanto, são adotados como estratégia operacional de efetivação das políticas de saúde, a organização da Atenção em Eixos Estratégicos, orientados pelos ciclos de vida: Criança, Adolescente, Mulher/Homem e Idoso agregando áreas técnicas afins, bem como as áreas transversais: Hipertensão e Diabetes, Tuberculose e Hanseníase, IST/Aids, Tabagismo e Alimentação e Nutrição.

### **Atenção de Média Complexidade**

A rede de atenção da média complexidade – especialidades - é organizada visando à complexidade da ação em saúde e recebendo os pacientes referenciados da AB. Dispõe de equipe multidisciplinar e serviços de exames diagnósticos e por imagem.

As unidades especializadas compreendem: um Centro de Especialidades Médicas (CEM); um Centro de Atendimento à Mulher; um Centro de Reabilitação; um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II); um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO II); um Centro de Serviço de Atendimento Especializado em IST/AIDS (SAE) e ambulatórios especializados (angiologia, oftalmologia, cardiologia, otorrinolaringologia, neurologia, dermatologia, urologia, gastroenterologia).

#### **•Centro de Especialidades Médicas (CEM)**

O Centro de Especialidades Médicas é referência para as Unidades de Saúde e para os municípios da microrregião e busca a integralidade de atenção por meio da assistência ambulatorial especializada. Promove assistência especializada através de equipe uma multiprofissional, de acordo com a necessidade do paciente nas diferentes especialidades como cardiologia, or-

topedia, urologia, oftalmologia, cirurgia geral/pequena cirurgia, entre outras.

#### • **Centro de Referência à Saúde da Mulher**

Abrange serviços ambulatoriais que oferecem atenção especializada em patologias que envolvem a saúde da mulher como ginecologia, obstetrícia de alto risco, mastologia e outros.

#### • **Centro de Reabilitação (CER)**

O centro de reabilitação (CER) presta assistência à saúde à população que necessita de serviços de reabilitação, com o objetivo de atingir o maior nível de independência funcional e física dos pacientes. O atendimento é realizado por equipe multidisciplinar de acordo com cada caso e abrange os serviços de fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, nutricionista, terapia ocupacional e assistência social.

#### • **Centro Atendimento Psicossocial (CAPS)**

269

O CAPS foi criado em 3 de maio de 2005 para atender o público de sua microrregião, que é composta pelas cidades de Aquidauana, Anastácio, Miranda, Dois Irmãos do Buriti, Nioaque e Bodoquena. Atualmente, o CAPS II atua em três tipos de atendimento segundo a modalidade:

- ✓ Semi-intensivos: atende cerca de 80 pacientes que comparecem à unidade pelo menos duas vezes por semana;
- ✓ Intensivos: atende cerca de 50 pacientes que comparecem na unidade, de segunda a sexta, das 7h às 17h, e participam de todas as atividades realizadas;
- ✓ Não-intensivos: atende cerca de 300 pacientes que comparecem ao CAPS apenas nos dias de consulta médica ou em dias de atendimento psicoterápico.

A porta de entrada para o CAPS é via de encaminhamento das equipes da Estratégias Saúde da Família (ESF) ou do Pronto

Socorro, e sua equipe de trabalho é composta por: Assistente Social; Educador Físico; Enfermeiro; Psiquiatra; Psicóloga; Terapeuta Ocupacional; Cozinheira; Auxiliar de Cozinha; Recepção; Agente Administrativo; Técnica de Enfermagem e Oficineiras. Vale destacar que todos devem trabalhar em conjunto para contribuir com o bem-estar dos usuários do CAPS II.

#### • **Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)**

O tratamento oferecido nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) é uma continuidade do trabalho realizado pela rede de AB pelas equipes de saúde bucal. Abrange serviços que oferecem atenção especializada em odontologia com o diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca, periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia, atendimento a portadores de necessidades especiais entre outros. O CEO é cadastrado como tipo II, tendo disponíveis seis cadeiras odontológicas para atendimentos especializados. Os agendamentos para as especialidades são realizados através do sistema de regulação de vagas (SISREG) via unidade de saúde.

O município dispõe de um laboratório municipal e rede hospitalar própria com dois hospitais públicos e um hospital privado, que realizam a assistência ao parto; curetagens; consultas médicas em gestantes e puérperas; atividades educativas; cirurgias gerais; internações e encaminhamentos para Teste do pezinho e Teste da orelhinha. Os casos mais complexos são referenciados para Campo Grande, capital do estado.

O município também conta com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU - 192), operacionalizado por meio de um Termo de Cooperação Técnica entre o Estado de Mato Grosso do Sul, por meio da Secretaria de Estado de Saúde de MS, e o Município de Aquidauana, por meio da Secretaria Municipal de Saúde de Aquidauana, para, em parceria, realizarem a implanta-

ção e assistência no município de Aquidauana e, em seu vizinho, Anastácio, MS.

### •Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD)

A atenção à saúde no município abrange dois modelos: o hospitalar e o domiciliar, sendo este último denominado de Atenção Domiciliar à Saúde. O modelo domiciliar (re)surge em função das diversas alterações que a sociedade brasileira vem sofrendo no decorrer dos anos, sociais e no sistema de saúde (Lacerda, Giacomozzi, Oliniski, & Truppel, 2006).

Esse modelo de atenção à saúde tem sido amplamente difundido no mundo e tem como pontos fundamentais o cliente, a família, o contexto domiciliar, o cuidador e a equipe multiprofissional (Lacerda et. al., 2006).

A atenção domiciliar é uma modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia da continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção (Brasil, 2012). Observando esses aspectos é que o município de Aquidauana iniciou, em março de 2017, a adesão ao SAD, visando a uma maior atenção à população acamada e ou restrita, de forma integrada à atenção domiciliar com os outros pontos de atenção à saúde do sistema. O SAD visa humanizar e garantir um tratamento e recuperação com maior qualidade e conforto ao paciente em seu contexto e conta com uma equipe composta por Médico, Enfermeiro, Técnicos de Enfermagem, Fisioterapeutas, Nutricionista e Assistente Social.

271

### Atenção de Alta Complexidade

#### •Rede Hospitalar

O município de Aquidauana é considerado polo de referência da microrregião, formada por 6 municípios, com uma população

de aproximadamente 121 mil habitantes. Possui três hospitais, sendo dois de natureza pública e um privado.

O Hospital Regional “Dr. Estácio Muniz” conta com 228 funcionários, 82 leitos; uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) tipo II com 10 leitos; uma unidade de isolamento com quatro leitos e uma unidade intermediária neonatal com quatro leitos. Realiza em torno de 372 atendimentos de internação mensais. Anexo ao hospital, encontra-se a unidade de Hemodiálise com 16 cadeiras, atendendo 95 pacientes de hemodiálise em três turnos. A equipe médica é formada por 48 médicos, sendo 19 clínicos gerais, três ortopedistas, cinco obstetras, quatro cirurgiões, quatro pediatras, um nefrologista, dois anestesistas, um cardiologista e nove plantonistas da Unidade de Terapia Intensiva.

Já o Hospital Joaquim Correa de Albuquerque dispõe de 47 funcionários e possui 42 leitos, um laboratório clínico e um setor de radiologia. Realiza em torno de 121 atendimentos de internação mensais e tem uma equipe médica formada por seis médicos: dois cardiologistas, dois cirurgiões, um anestesista e um clínico geral.

O Hospital CASSEMS possui 23 leitos e oferta consultas nas seguintes especialidades: Clínica Médica, Angiologia, Dermatologia, Fonoaudiologia, Ginecologia/Obstetrícia, Gastroenterologia, Mastologia, Neurologia Clínica, Nutrição, Nefrologia, Ortopedia e Traumatologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Psiquiatria, Psiquiatria, Psicologia, Urologia. Realiza em torno de 101 atendimentos de internação mensal e, além das internações e consultas, o hospital oferece: Clínica, Cirurgia Ginecológica e Obstetrícia, Cirurgia Geral de pequeno e médio porte, Cirurgia por vídeo e Cirurgia Vascular.

#### •Hemodiálise

No município existem 16 máquinas de diálise, sendo 14 disponibilizadas no Hospital Regional Doutor Estácio Muniz no ser-

viço de Hemodiálise tendo capacidade para atender 84 pacientes/mês e uma máquina de reserva atendendo à RDC n. 154 de 15/06/2004, além de possuir uma máquina na UTI.

#### •Unidade de Tratamento Intensivo (UTI)

A UTI disponibilizada no município fica localizada junto ao Hospital Regional Doutor Estácio Muniz e possui 10 leitos.

### **Perfil das DCNT e Indicadores de Saúde do Município de Aquidauana**

#### **Hipertensão Arterial Sistêmica**

O SUS, em 2010, registrou 154.919 internações devido a complicações da hipertensão. Os idosos brasileiros com mais de 65 anos (59%) se declaram hipertensos, diante de 3,8% na faixa de 18 a 24 anos e 9% de 25 a 34 anos (Brasil, 2013b).

Sua abrangência vai desde as populações urbanas até as rurais, com o agravante do difícil acesso à saúde por parte dos trabalhadores rurais, a exemplo disso têm-se a pesquisa de Fontoura Junior (2018), que estudou, entre outros aspectos, a saúde de 65 peões pantaneiros do Pantanal de Aquidauana e encontrou, nessa população, um índice de 47,7% com hipertensão arterial, 28% com índice de massa corporal indicando sobre peso, e 3% dos participantes classificados com obesidade grau I.

Outros pesquisadores relataram casos de hipertensão em pantaneiros adultos e idosos da região de Barão do Melgaço, MT, e cidade de Rio Negro, MS, bem como a dificuldade de se trabalhar com um grupo de hipertensos, em decorrência das questões culturais, econômicas e climáticas da região pantaneira (Pignatti, Barsaglini, & Senna, 2011; Prado, Sales, & Nomiyama, 2014).

No Brasil, os desafios do controle e prevenção da HAS e suas complicações são, sobretudo, das equipes da AB. São multi-profissionais as equipes, cujo processo de trabalho pressupõe

vínculo com a comunidade e a clientela descrita, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde preconiza que sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida, fundamentais no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão.

A alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal e ao controle do peso, a prática de atividade física, o abandono do tabagismo e a redução do uso excessivo de álcool são fatores que precisam ser adequadamente abordados e controlados, sem os quais os níveis desejados da pressão arterial poderão não ser atingidos, mesmo com doses progressivas de medicamentos (Ferreira, Bianchini, Glasenapp, & Nader 2009).

## **Diabetes Mellitus**

274

O DM foi uma das principais causas de morbidade hospitalar no ano de 2012, no município de Aquidauana, totalizando 112 casos, entre as pessoas de 15 a 90 anos, atingindo principalmente a faixa etária de 50 a 59 anos (Prefeitura Municipal de Aquidauana, 2014). Acrescenta-se ainda a glicemia capilar pós-prandial acima dos valores normais (14,3%) detectada em peões pantaneiros, no Pantanal de Aquidauana, o que indica a necessidade de realização de exames por parte dos peões, no sentido da obtenção de um diagnóstico ou parecer de saúde a respeito dos valores encontrados (Fontoura Junior, 2018).

Já existe um consenso de que a pessoa com DM tem um alto risco cardiovascular, quando comparado àquele não diabético que já apresentou um infarto do miocárdio; outro aspecto relevante indica que a HAS chega a ser 3,8 vezes maior nos indivíduos com menos de 44 anos de idade, portadores de Diabetes, e 2,4 vezes mais frequente nos indivíduos diabéticos acima dessa faixa etária (Oliveira, Montenegro Junior, & Vencio, 2017).

Dessa forma, pode-se afirmar que a Diabetes contribui para o aparecimento da HAS e que ela também é um fator agravante ao diabético; portanto a pessoa diagnosticada com as duas doenças, tem no mínimo um risco duplo a sua saúde, devendo ter cuidados redobrados.

Acredita-se que a existência dessas patologias, além dos fatores sociais, econômicos, psicossociais e biológicos, está associada também aos fatores de risco, como baixo consumo de frutas e verduras, sedentarismo, tabagismo, consumo exagerado de álcool, excesso de peso, níveis elevados de colesterol, entre outros, que se enquadram no perfil de saúde dos peões pantaneiros estudados por Fontoura Junior (2018).

Embora estudos clínicos tenham demonstrado que a detecção, o tratamento e o controle da HAS sejam primordiais para a diminuição das ocorrências cardiovasculares, considera-se que os homens e mulheres pantaneiros carecem que o acesso à saúde seja garantido, assim, por meio de ações, se possam reduzir os riscos e agravos que são o resultado de seus hábitos, heranças e processos de trabalho. Dessa forma, há necessidade da redução desses índices, consequentemente aumentando a sua qualidade de vida.

Os dados abaixo (Figura 1) apresentam total de hipertensos e diabéticos cadastrados e, posteriormente, o quantitativo por equipe de saúde da família no município de Aquidauana em abril/2018 (Figura 2).

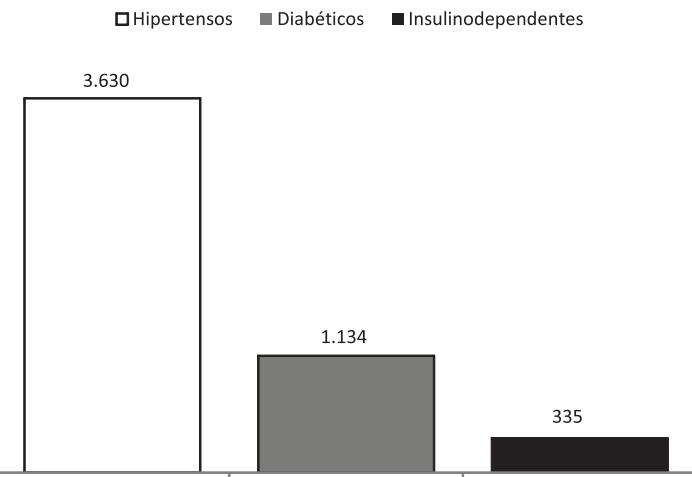


Figura 1. Número total de usuários cadastrados nas ESF de Aquidauana por patologia, abril/2018

276

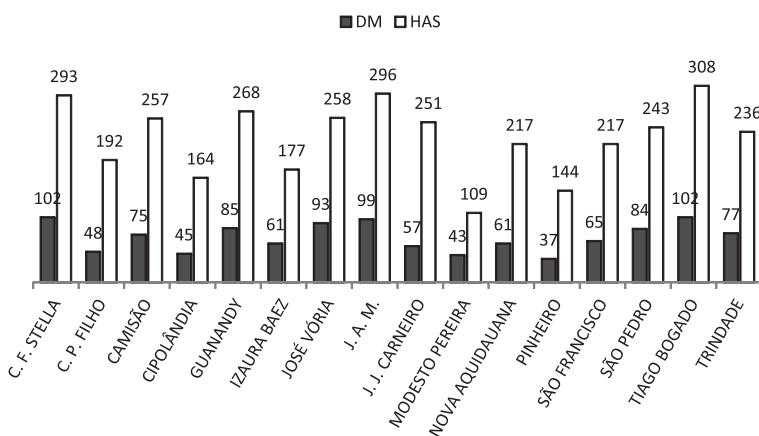


Figura 2. Número de hipertensos e diabéticos cadastrados por ESF de Aquidauana, abril/2018.

A tabela 1 apresenta as principais causas de óbito, por faixa etária, no município de Aquidauana no ano de 2012, indicando a ocorrência de óbitos em decorrência de HAS e DM. Nas várias faixas etárias, a DM foi responsável por cerca de 21% dos óbitos, seguida, pela HAS com aproximadamente 51% do seu envolvimento como patologia de base dos óbitos ocorridos.

**Tabela 1**

*Principais causas de óbito por faixa etária no município de Aquidauana, 2012.*

Causa- CID	Faixa Etária						Total
	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	≥80	
I21-Infarto	1	1	5	4	12	9	32
J18-Pneumonia	-	1	3	4	7	8	23
E14-Diabetes Mellitus		1	4	7	4	4	20
I-11-Doença cardíaca hipertensiva		1	1			8	10
I-67-Outras doenças cerebrovasculares		1		1	5	2	09
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>13</b>	<b>16</b>	<b>28</b>	<b>31</b>	<b>94</b>

Fonte: Prefeitura Municipal de Aquidauana, adaptada por Fontoura Junior (2018).

277

Nos atendimentos realizados pela AB, registrados pelas equipes ESF por meio do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), verifica-se que os maiores números de atendimentos são de Hipertensão e Diabetes (Tabela 2), que, somados, os atendimentos por HAS e DM representam aproximadamente 73% do total das causas. A HAS e a DM representaram, nos quatro anos, um percentual de 55,5% dos tipos de atendimentos e de 18%,

respectivamente, o que torna esses números preocupantes. Cabe ressaltar, que a DM esteve entre as dez principais causas de internação hospitalar no município de Aquidauana nos anos de 2009 a 2012, totalizando 345 internações pela doença.

**Tabela 2**

*Principais causas de atendimento à saúde na Atenção Básica do município de Aquidauana*

Tipo de Atendimento	ANOS TOTAL				
	2009	2010	2011	2012	
Hipertensão Arterial	14.099	14.476	17.510	19.468	<b>65.553</b>
Diabetes	3.993	4.342	6.095	6.784	<b>21.214</b>
Pré-Natal	2.047	1.392	3.761	3.466	10.666
Puericultura	1.691	1.392	3.269	2.756	9.108
Prevenção Citológico	1.634	1.857	2.253	2.720	8.464
DST/AIDS	141	171	273	320	905
Hanseníase	49	168	179	191	587
Tuberculose	116	175	104	112	507
<b>TOTAL</b>	<b>23.770</b>	<b>23.973</b>	<b>33.444</b>	<b>35.817</b>	<b>118.061</b>

Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), adaptada por Fontoura Junior (2018).

Até o momento, tratou-se das doenças mencionadas de forma individual, porém há necessidade de tecer comentários a respeito da associação entre elas, pois, se de forma individual já representam sérios problemas para a Saúde Pública, juntas, estes se multiplicam.

O Programa HIPERDIA atua na AB/ESF desenvolvendo reuniões com o foco na promoção da saúde e prevenção dos agravos da HAS e DM, por meio da educação em saúde e atendimentos individuais pela equipe multidisciplinar. Além disso, estes

usuários recebem a visita mensal dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que realizam o monitoramento e a busca ativa de usuários com histórico familiar e ou sintomas de HAS e DM. Toda a equipe conta com o apoio matricial do NASF, que realiza ações com nutricionista, fisioterapeuta, educador físico.

Existe também a Lei Ordinária Municipal n. 2.276/2013, que autoriza o Poder Executivo a distribuir canetas de insulina reutilizáveis e materiais necessários à sua aplicação aos portadores de Diabetes. Estas e outras iniciativas vêm sendo tomadas para o enfrentamento e controle dos agravos oriundos dessas doenças.

## **Câncer de Mama**

Desta feita, o CA de mama será abordado levando-se em conta não somente o autoexame das mamas, como descrito em capítulo anterior. Quanto ao acesso e acessibilidade das ações de prevenção e promoção de saúde na zona rural, são geradas diversas desigualdades, oriundas das dificuldades socioeconômicas e culturais, principalmente relacionadas a fatores geográficos e espaciais, devido à precariedade de mobilidade nas longas distâncias, baixa escolaridade, informações limitadas a respeito das necessidades de saúde e dos direitos à saúde, e também sobre a disponibilidade de serviços, realidade vivenciada pela população residente na região do Pantanal Sul-Mato-Grossense, o que se reflete no agravamento das condições de saúde dessa população, como dito em capítulo anterior.

279

Nesse ambiente, é necessário ofertar serviços na linha do cuidado e prevenção do câncer de mama, implementar equipes multiprofissionais itinerantes para efetivar estratégias de educação em saúde com desmistificação da doença, implantação de um sistema organizado de rastreamento, não limitado ao autoexame das mamas, mas que inclua o exame clínico das mamas e a mamografia, promovendo o princípio proativo, vol-

tado para o “cuidar”, ou seja, capaz de antecipar as ocorrências numa sociedade participativa com cidadãos mais ativos.

## **Tabagismo**

Considerado como a segunda causa de morte e enfermidades em todo o mundo durante o ano de 2015 (Forouzanfar et al., 2016), o tabagismo é conceituado pela Fundação Oswaldo Cruz como o ato de consumir cigarros ou outros produtos que contenham tabaco, tendo a nicotina como droga ou princípio ativo. Nesse sentido, indiscutivelmente, o tabagismo é um grave problema de saúde pública, ratificado pela OMS como a principal causa de morte combatível no planeta.

Apesar do enfrentamento mundial entre décadas de esforços antitabaco, o tabagismo continua a ser líder como fator de risco global. Enquanto não houver iniciativas para compensar interesses políticos e econômicos das indústrias de tabaco, as políticas terão resultados frustrantes em relação ao seu cumprimento e execução. Mesmo com o progresso em alguns cenários, a guerra contra o tabaco está longe de ser vencida, em países com o maior número de fumantes. O número impressionante de fumantes na saúde ecoa além do indivíduo, especialmente porque o tabaco ameaça, a longo prazo, encargos financeiros e operacionais para os recursos nos sistemas de saúde. É necessário um enfoque renovado e sustentado em políticas de controle do tabagismo em todo o mundo. Sucesso é possível, mas exige eficácia e aplicação agressiva de políticas e leis (Reltzman et al., 2017).

O município de Aquidauana/MS aderiu ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo com o objetivo reduzir a prevalência de fumantes e doenças relacionadas ao tabaco, uma vez que foi identificado um crescente número de fumantes.

O Programa Municipal de Controle do Tabagismo é o programa de prevenção e controle do tabagismo, fundamentado nas

ações: atividades educativas de sensibilização e conscientização; abordagem mínima do fumante; abordagem intensiva ao fumante; ambiente livre do tabaco. Consiste de quatro sessões de grupo (com 10 a 15 pessoas), de uma hora e meia, uma vez por semana, por um período de quatro semanas.

Todas as 16 unidades de saúde foram capacitadas para desenvolver o programa que contém todos os elementos significativos para ajudar fumantes a pararem de fumar e a permanecerem sem cigarros, uma vez que aborda comportamentos, pensamentos e sentimentos dos fumantes e conta com o apoio psicológico e nutricional da equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família-Atenção Básica (NASF-AB). Utiliza métodos para cessação de fumar, baseado em evidências científicas atuais sobre sua eficácia na cessação de fumar, incluindo duas grandes abordagens: a abordagem cognitivo-comportamental e a farmacoterapia.

A abordagem do tabagismo também ocorre em grupos e situações especiais como gestantes e nutrizes, adolescentes, pacientes hospitalizados e com depressão, tabagistas que também fazem uso de álcool ou outras drogas, entre outros. A literatura aponta que métodos focados na proibição do uso de tabaco em locais/ambientes públicos, são oportunos, objetivos e de baixo custo, no entanto fazem-se necessários esforços intensificados para manter baixas as taxas de prevalência de tabagismo nas populações que ainda não experimentaram uma epidemia devastadora e impedir que crianças, adolescentes e jovens adultos comecem a fumar (Reltsman et al., 2017).

Os dados do município apontam que, de 2013 a 2016, participaram do Programa 305 tabagistas, e 139 obtiveram sucesso, com a interrupção no hábito de fumar.

## Alcoolismo

O vocábulo “alcoolismo” refere-se a um transtorno decorrente do uso crônico e excessivo de álcool, que pode desencadear problemas psicológicos, interpessoais e médicos (Kaplan, Sadock, & Grebb, 1997). À vista disso, entre os problemas médicos mais recorrentes ao etilismo podem-se destacar a síndrome alcoólica fetal, cirrose hepática, pancreatite, câncer na laringe e câncer no esôfago (OMS, 2014). Com efeito, o referido distúrbio afeta não apenas a qualidade de vida dos alcoolistas, como também a de seus familiares e a de todos aqueles que os cercam (Stuart & Laraia, 2001).

Nesse contexto, cerca de 3,3 milhões de pessoas - em todo o mundo - morrem anualmente em virtude da nocividade alcoólica, segundo dados da OMS. Dentre as vítimas, a maior parte delas compreende uma faixa etária entre 20 a 49 anos (OMS, 2014). Além disso, o álcool foi responsável pela morte de, aproximadamente, 300 mil pessoas nas Américas em 2012, sendo que, no referido continente, o Brasil foi o terceiro país que mais teve morte de homens em virtude do uso de álcool, no ano de 2010, *ranking* esse liderado pela Venezuela. Entre as mulheres, a Argentina ocupou o primeiro lugar no mesmo ano (Organização Pan-Americana de Saúde [OPAS], 2015).

Indiscutivelmente, vários são os fatores que podem levar ao alcoolismo, sendo eles, aspectos econômicos, psicológicos, sociais, entre outros (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2007). Por outro lado - tratando-se de questões culturais - o consumo de bebida alcoólica é considerado uma prática comum por parte da população brasileira que vive em áreas rurais (Costa, 2014). Tal informação é inquietante, tendo em vista que 11,7 milhões de brasileiros podem ser dependentes de álcool (Laranjeira, 2014). É evidente, portanto, que o consumo de bebida alcoólica constitui um desafio da saúde pública no Brasil e, dessa forma, é im-

perativa a necessidade de promover iniciativas a fim de atenuar a problemática.

Embora a temática alcoolismo seja potencialmente debatida, especificamente em comunidades rurais, há lacunas em pesquisas em relação às questões de uso, abuso e dependência de álcool, padrões de uso de álcool, transtorno do uso de álcool, fatores culturais de risco e proteção, risco ambiental e influências sociais.

O alcoolismo, por afetar não só o indivíduo como a família e a comunidade, exige medidas intervencionistas em comunidades rurais mais amplas, como o trabalho multiprofissional em saúde de prevenção, promoção, recuperação e reabilitação. Nesse sentido, sugerem-se intervenções comunitárias em que se pode debater a temática em grupos de autoajuda ou grupos terapêuticos, com atuação de equipe multiprofissional em saúde, ao mesmo tempo em que se pode intervir na institucionalização da temática alcoolismo em programas escolares e curriculares, como prevenção ao uso de bebidas alcoólicas direcionadas à comunidade escolar do ensino fundamental ao médio, com intervenção multiprofissional de educação em saúde.

283

## **Obesidade**

A obesidade constitui um importante problema de saúde pública, tanto do ponto de vista econômico, quanto da qualidade de vida dos indivíduos, em especial dos trabalhadores. Tem provocado diversos agravos à saúde, impulsionada pela industrialização, avanços tecnológicos, urbanização, elevação da média de idade da população e estilo de vida (hábitos alimentares, meios de transporte, lazer, trabalho e sedentarismo); essas transformações históricas na sociedade levaram a alterações do estado nutricional, aumentando a prevalência de obesidade predispondo e potencializando o risco de eventos cardiovasculares e outras DCNT.

No meio rural, a população enfrenta grandes adversidades que dificultam o acesso à prática de atividades físicas, como a precariedade das estradas, que impossibilitam a realização de caminhadas, a não existência de centros de saúde e academias, assim como de quadras esportivas, e a baixa renda familiar, que impede que a população possa ir até a cidade para ter acesso às atividades citadas. Cerca de 40% dessa população é composta de indivíduos com sobrepeso, sendo aproximadamente 15% com algum grau de obesidade.

284 No Brasil, temos como referência, para a zona rural, os dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), em que se observa uma prevalência de 8,8% para homens adultos obesos e de 16,5% para as mulheres adultas obesas. Esse resultado é esperado, tendo em vista que, entre 1970 e 2008, a fração de pessoas economicamente ativas envolvidas em atividades agrícolas, associadas ao maior gasto energético, foi reduzida de 44,0% para 17,4%; enquanto a fração empregada em atividades do setor de serviços, associadas a menor gasto energético, aumentou de 38,0% para 59,1%. (IBGE, 2010). Outrossim, alterações nas atividades de lazer, que passaram de atividades como práticas esportivas para uso de televisão ou computador, e mudanças nas atividades domésticas, com a utilização de equipamentos, que reduzem o gasto energético (Mendonça & Anjos, 2004).

Assim sendo, a necessidade de mudança de hábitos de vida se mostra necessária para promover benefícios psíquicos, físicos e cognitivos à saúde, independentemente da idade e gênero, podendo ser praticada em forma de desporto ou lazer. A prática regular de atividade física auxilia a perda de peso corporal por promover a redução ou, manutenção da gordura corporal e conservação ou aumento da massa magra, o que contribui de forma positiva na diminuição de doenças (Matsudo & Matsudo, 2007).

A obesidade, o etilismo e o tabagismo são fatores de risco para algumas doenças DCNT. Somadas determinadas características genéticas e ambientais, essa simultaneidade de fatores de risco, aumenta ainda mais a preocupação com a população rural, uma vez que é necessária uma abordagem ampla na mudança do estilo de vida, tendo em vista que muitos desses fatores são inter-relacionados e participam como intermediários em uma cadeia causal. Como consequência, uma efetiva prevenção só seria possível com a melhoria da ocorrência concomitante desses vários fatores comportamentais modificáveis (Poortinga, 2007; Schit, Loon, Tizhuis, & Ocke, 2002).

Diversos fatores estão associados aos problemas saúde da população, que podem ser previamente identificados com técnicas simples, como medidas antropométricas e escores de risco, usados para determinar possíveis riscos.

Os fatores de risco cardiovasculares agrupados à obesidade, dislipidemia, insulinorresistência, hiperinsulinemia, intolerância à glicose e hipertensão, levam ao desenvolvimento da síndrome metabólica. Tal síndrome está associada a doenças cardiovasculares e diabetes tipo 2, que atualmente são as duas principais causas de morte em todo o mundo, o que as tornam problema de saúde pública em populações adultas devido a prevalência  $>20,0\%$  em populações rurais (Pimenta, Felisbino-Mendes, & Velasquez-Melendez, 2013).

As combinações variadas desses fatores de risco requerem diferentes intervenções e abordagens terapêuticas, e isso é muitas vezes negligenciado na prática clínica.

No Brasil, essas questões têm sido pouco investigadas, particularmente em áreas rurais, uma vez que os estudos geralmente se concentram na prevalência de síndrome metabólica e fatores associados em populações urbanas. Além disso, pode haver a necessidade de diferentes abordagens para avaliar a síndrome

metabólica em populações rurais, que também são altamente afetadas por essa condição patológica e, portanto, se beneficiariam de intervenções como o estabelecimento de estratégias preventivas e adequado tratamento (Oliveira, Souza, & Lima, 2006; Gregory, Dai, Ramirez-Zea, & Stein, 2007; Kim et al., 2012).

## Propostas de Intervenção

Na atualidade, muitas pessoas do nosso país têm reivindicado o acesso aos serviços públicos de qualidade, em especial, para a saúde, a educação e o transporte. O Brasil vive um marco em sua história, determinado por lutas aos direitos sociais básicos e, dessa maneira, exigir os direitos, neste país, torna-se um desafio até mesmo para as populações das cidades, sobretudo nas metrópoles. Entretanto, para as Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PCFA), prevalecem graves desigualdades históricas e estruturais, as situações de iniquidades e de vulnerabilidades, como por exemplo, a falta de acesso aos serviços de saúde e de saneamento (Carneiro, Pessoa, & Teixeira, 2017). Portanto podemos afirmar que as PCFA ainda são populações invisíveis em relação às políticas públicas do Estado.

Ao longo deste capítulo, foram citadas algumas possibilidades para o enfrentamento das DCNT na população em geral e na população rural. Acreditamos ser primordial o desenvolvimento de ações e intervenções de qualidade, que considerem a diversidade racial, cultural, religiosa, ambiental e social do pantaneiro, assim como se faz necessário “desvelar” as condições de saúde dessas populações, tornando “visíveis” suas necessidades, com o objetivo de reivindicar o acesso à saúde por eles, com eles, para que se possam projetar e operacionalizar ações na busca de assegurar os direitos dos cidadãos.

Nesse sentido, apresentamos algumas propostas que podem se transformar em intervenções, que, se efetivadas, podem

contribuir para a mudança na realidade da população pantaneira, descrita neste livro:

- Em primeiro lugar, faz-se necessária a criação de um banco de dados em saúde (indicadores), que identifique e diferencie as informações da população urbana e rural (pantaneira), assim, tanto os profissionais de saúde, como os pesquisadores, teriam acesso à real condição dessa população. O acesso a essas informações subsidiaria a gestão e as equipes de saúde no planejamento e desenvolvimento de intervenções mais adequadas às necessidades dessa população;

- Unidade de saúde volante/móvel: por meio da ativação dessa unidade podem ser desencadeadas ações em saúde, com vistas à promoção da saúde, diagnóstico e tratamento precoce das principais patologias que acometem essa população, como por exemplo, o diagnóstico de casos de HAS e DM, assim como a inserção desses trabalhadores no programa Hiperdia e em outras propostas terapêuticas descentralizadas, com vistas ao cuidado integral em saúde. Também, pode-se expandir a cobertura vacinal dos pantaneiros em todos os ciclos de vida: crianças, adolescentes, adultos e idosos;

- A qualificação das práticas de educação em saúde junto a essa população, na perspectiva da educação popular, contribuiria para o incremento da autonomia, da cidadania e da participação social, tão necessárias para a proposição de políticas de saúde mais efetivas em âmbito local;

- O desenvolvimento de intervenções intersetoriais no âmbito rural, como nas escolas rurais, por exemplo, podem favorecer a disseminação de informações, além de promover saúde e prevenir futuros agravos;

- Estímulo à criação de espaços de convivência para o compartilhamento de vivências e experiências, enquanto um espaço colaborativo e de autoajuda, nos moldes da terapia comunitária;

- A abordagem familiar e a utilização de suas ferramentas como genograma, ecomapa, dentre outras, favorecem a compreensão e intervenção não apenas individual, mas também no contexto e na dinâmica familiar;

- A realização de eventos e capacitações (seminários, cursos, entre outros) envolvendo as universidades, os representantes da Saúde do município e, em especial, os representantes dos movimentos sociais em prol dos pantaneiros, para que juntos possam discutir e encontrar estratégias para garantir o acesso à saúde dessa população;

- Em regiões mais longínquas, em locais estratégicos, acredita-se na possibilidade de implantar uma Unidade Básica de Saúde Rural ou Estratégia de Saúde da Família Rural (ESFR), a fim de garantir a equidade no acesso e utilização de serviços de saúde.

## Conclusão

Abordar e intervir nas DCNT é emergencial no contexto do SUS. A prevenção e redução das DCNT é um grande desafio na atualidade para as equipes da Atenção Básica, em especial as que atuam em áreas rurais, como o Pantanal de Aquidauana. Os fatores de risco precisam ser trabalhados por meio de educação em saúde, assim como os serviços de saúde precisam garantir acesso e cuidado adequado e em tempo oportuno para toda a população, inclusive para a população rural.

Embora não se conheça exatamente a situação de saúde da população pantaneira, pelos dados descritos e estudos apresentados neste capítulo, junto com os outros resultados de pesquisas apresentadas nesta coletânea, daremos mais visibilidade a essa população, que carece tanto de ações de saúde efetivas e permanentes.

## Referências

- Balem, T. A., & Silveira, P. R. (2002). *A erosão cultural alimentar: Processo de insegurança alimentar na agricultura familiar*. Porto Alegre: Universidade Federal Santa Maria. Grupo de Pesquisa Sociedade, Ambiente e Desenvolvimento Rural. Disponível em <http://coral.ufsm.br/desenvolvimentorural/textos/artigo%20erosao%20alimentar.pdf>
- Brasil. (2011). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2012). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2013a). 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* (1a ed.; 1a reimp.). Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2013b). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a prevenção e controle do câncer na rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 16 maio 2013c. Disponível em <https://goo.gl/ANADz4>
- Brasil. (2014a). Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde/Doenças crônicas não transmissíveis*. Brasília:

Ministério da Saúde. Disponível em <http://www.brasil.gov.br/saude/2014/12/pesquisa-revela-que-57-4-milhoes-de-brasileiros-tem-doenca-cronica>

Brasil. (2014b). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em <https://pt.slideshare.net/IvoneGuedesBorges/caderno-de-ateno-bsica-35-doenas-crnicas-2014>

Brasil. (2014c). Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA.

Brasil. (2015a). Ministério da Saúde. *Apresentação do Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em <http://idsus.saude.gov.br/documents.html>

Brasil. (2015b). Ministério da Saúde. Portaria n. 59, de 1 de outubro de 2015. Aprova as Diretrizes Nacionais para a Detecção Precoce do Câncer de Mama no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário oficial [da] União*, Brasília, DF, 01 de outubro de 2015. Disponível em [http://www.lex.com.br/legis\\_27028652\\_PORTARIA\\_N\\_59\\_DE\\_1\\_DE\\_OUTUBRO\\_DE\\_2015.aspx](http://www.lex.com.br/legis_27028652_PORTARIA_N_59_DE_1_DE_OUTUBRO_DE_2015.aspx)

Brasil. (2017). Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria de Consolidação n. 2*, de 28 de setembro de 2017. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html)

Carneiro, F. F. et al. (2014). Teias de um observatório para a saúde das populações do campo, da floresta e das águas no Brasil. *Tempus, Actas de Saúde Coletiva*, 8(2), 275-293.

Carneiro, F. F., Pessoa, V. M., & Teixeira, A. C. A. (2017). *Campo*,

*floresta e águas: Práticas e saberes em saúde.* Brasília: Editora Universidade de Brasília.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Resolução n. 27, de 28 de setembro de 2017. *Conass Informa - Informativo Eletrônico* do Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Disponível em <http://www.conass.org.br/conass-informa-n-217-publicada-resolucao-cit-n-27-que-dispoe-sobre-o-ii-plano-operativo-2017-2019-da-politica-nacional-de-saude-integral-das-populacoes-do-campo-da-floresta-e-das-agua/>

Costa, J. V., Silva, A. R. V., Moura, I. H., Carvalho, R. B. N., Bernades, L. E., & Almeida, P. C. (2012). An analysis of risk factors for arterial hypertension in adolescent students. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(2), 289-295. Disponível em [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/pt\\_11.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/pt_11.pdf)

Costa, M. E. A. (2014). Cultura popular. In M. B. Rezende, B. Grieco, L. Teixeira, A. Thompson (Orgs.), *Dicionário IPHAN de patrimônio cultural* (1a ed.). Rio de Janeiro/Brasília: IPHAN/DAF/Copedoc.

291

Custodio, N., Montesinos, R., Lira, D., Herrera-Pérez, E., Bardales, Y., & Valeriano-Lorenzo, L. (2017). Mixed dementia: A review of the evidence. *Dement Neuropsychol*, 11(4), 364-370. Disponível em <http://www.demneuropsy.com.br/imageBank/pdf/v11n4a05.pdf>

Duncan, B. B. et al. (2012). Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: Prioridade para enfrentamento e investigação. *Rev Saúde Pública*, 46(Supl.), 126-134.

Ferreira, S. R. S., Bianchini, I. M., Glasenapp, R., & Nader, E. K. (Orgs.). (2009). *Protocolo de hipertensão arterial sistêmica para a atenção primária em saúde*. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição/Ministério da Saúde. Disponível em <http://www2.ghc.com.br/GepNet/publicacoes/protocolodehipertensao.pdf>.

- Fontoura Junior, E. E. (2018). *Saúde, qualidade de vida e capacidade para o trabalho do peão pantaneiro da região de Aquidauana, Mato Grosso do Sul, Brasil* (Tese de doutorado em Psicologia, Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, MS, Brasil).
- Forouzanfar, M. H. et al. (2016). Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*, 388(10053), 1659-1724.
- Gonçalves, C. V., Camargo, V. P., Cagol, J. M., Miranda, B., & Mendoza-Sassi, R. A. (2017). Women's knowledge of methods for secondary prevention of breast cancer. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(12), 4073-4082.
- Gregory, C. O., Dai, J., Ramirez-Zea, M., & Stein, A. D. (2007). Occupation is more important than rural or urban residence in explaining the prevalence of metabolic and cardiovascular disease risk in Guatemalan adults. *J Nutr*, 137(5), 1314-1319.
- 292
- Herrmann, A., Sampaio, C. A. B., Chakora, E. S., Moraes, É. M. R., Silva, F. N. M., & Coutinho, J. G. D. (2016). *Guia de saúde do homem para Agente Comunitário de Saúde (ACS)*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em <http://www.sgas.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/sites/105/2016/08/guiaACS.pdf>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010). *Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009 - Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2014). *Pesquisa Nacional de Saúde 2013: Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas – Brasil, grandes regiões e unidades da federação*. Rio de Janeiro: IBGE.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2016).

*Estimativas populacionais produzidas pelo IBGE e enviadas ao TCU estratificadas por idade pela Fundação Abrinq.* Rio de Janeiro: IBGE.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva.

(2015). *Estimativa 2016: Incidência de câncer no Brasil.* Rio de Janeiro: INCA. Disponível em <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/tabelaestados.asp?UF=BR>

International Diabetes Federation. (2015). *IDF Atlas.* 7th ed.

Brussels, Belgium: International Diabetes Federation.

Disponível em <https://www.idf.org/>

Kaplan, H. I., Sadock, B. J., & Grebb, J. A. (1997). *Compêndio de psiquiatria: Ciências do comportamento e psiquiatria clínica.* 7a ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

Kim T. N. et al. (2012). A decision tree-based approach for identifying urban-rural differences in metabolic syndrome risk factors in the adult Korean population. *J Endocrinol Invest*, 35(9), 847-852.

293

Lacerda, M. R., Giacomozzi, C. M., Oliniski, S. R., & Truppel, T. C. (2006). Atenção à saúde no domicílio: Modalidades que fundamentam sua prática. *Saude soc.*, 15(2), 88-95. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902006000200009>.

Laranjeira, R. (2014). *II Levantamento nacional de álcool e drogas* (LENAD). São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP.

Matsudo, S. M., & Matsudo, V. K. R. (2007). *Atividade física e obesidade: Prevenção e tratamento.* São Paulo: Atheneu.

Mendonça, C. P., & Anjos, L. A. (2004). Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 20(3), 698-709.

- Monteiro, C. A. et al. (2005). Monitoramento de fatores de risco para doenças crônicas por entrevistas telefônicas. *Rev Saúde Pública*, 39(1), 47-57. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102005000100007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000100007)
- Oliveira, J. E. P., Montenegro Junior, R. M., & Vencio, S. (Orgs.). (2017). *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018*. São Paulo: Clannad.
- Oliveira, E. P., Souza, M. L. A., & Lima, M. D. A. (2006). Prevalência de síndrome metabólica em uma área rural do semi-árido baiano. *Arq Bras Endocrinol Metabol*, 50(3), 456-465.
- Organização Mundial da Saúde. (2014). *Relatório global sobre álcool e saúde*. Genebra, Suíça: OMS.
- Organização Pan-Americana de Saúde. (2015). *relatório regional sobre álcool e saúde nas Américas*. Washington D.C.: OPAS.
- 294 Pavan, R. B. B., Padilha, K. M., Rodrigues, S. L. L., Rodrigues, R. C. M., & Gallani, M. C. J. B. (2013). Confiabilidade e aspectos práticos da medida de impacto da doença em pacientes hipertensos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(6), 1258-1265. Disponível em [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n6/pt\\_0104-1169-rlae-0104-1169-2900-2362.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n6/pt_0104-1169-rlae-0104-1169-2900-2362.pdf)
- Pignatti, M. G., Barsaglini, R. A., & Senna, G. D. (2011). Envelhecimento e rede de apoio social em território rural do Pantanal matogrossense. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 21(4), 1469-1491. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312011000400016>
- Pimenta, A. M., Felisbino-Mendes, M. S., & Velasquez-Melendez, G. (2013). Clustering and combining pattern of metabolic syndrome components in a rural Brazilian adult population. *Sao Paulo Medical Journal*, 131(4), 213-219.
- Poortinga, W. (2007). The prevalence and clustering of four life-style risk factors in an English adult population. *Prev Med*,

44(2), 124-128.

Prado, E. V., Sales, C., & Nomiyama, S. (2014). Eu vivi, ninguém me contou: Educação popular em estratégia saúde da família na beira do pantanal, Mato Grosso do Sul, Brasil. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 18, 1441-1452. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0306>

Prefeitura Municipal de Aquidauana. (2014). *Plano Municipal de Saúde: 2014-2017*. Aquidauana: Gerência Municipal de Saúde e Saneamento.

Rêgo, I. K.P., & Nery, I. S. (2013). Acesso e adesão ao tratamento de mulheres com câncer de mama assistidas em um hospital de oncologia. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 59(3), 379-390.

Reitsman, M. B. et al. (2017). Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990-2015: A systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*, 389(10082), 1885-1906.

295

Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2007). *Kaplan & Sadock - Compêndio de Psiquiatria: Ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. 9a ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

Schit, A. J., Loon, A. J. M. V., Tizhuis, M., & Ocke, M. C. (2002). Clustering of lifestyle risk factors in a general adult population. *Prev Med*, 35(3), 219-224.

Schmidt, M. I. et al. (2010). Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: Mortalidade, morbidade e fatores de risco. In: Brasil. *Saúde Brasil 2009: Uma análise da situação de saúde e da Agenda Nacional e Internacional de Prioridades em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde Departamento de Análise de Situação de Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde.

Silva, K. B. et al. (2014). Integralidade no cuidado ao câncer do colo do útero: Avaliação do acesso. *Revista de Saúde Pública*, 48(2), 240-248.

- Sociedade Brasileira de Cardiologia. (2013). I Diretriz Brasileira de prevenção Cardiovascular. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 101(6, supl. 2). Disponível em [https://sbn.org.br/app/uploads/diretriz\\_prevencao\\_cardiovascular1.pdf](https://sbn.org.br/app/uploads/diretriz_prevencao_cardiovascular1.pdf)
- Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. (2007). *O que é diabetes?* Disponível em <https://www.endocrino.org.br/o-que-e-diabetes/>
- Soutello, A. L. S., Rodrigues, R. C. M., Jannuzzi, F. F., São-João, T. M., Martini, G. G., Nadruz Jr, W., & Gallani, M. C. B. J. (2015). Qualidade de vida na hipertensão arterial: Validade de grupos conhecidos do MINICHAL. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 104(4), 299-307. Disponível em [http://www.scielo.br/pdf/abc/v104n4/pt\\_0066-782X-abc-20150009.pdf](http://www.scielo.br/pdf/abc/v104n4/pt_0066-782X-abc-20150009.pdf)
- Souto, K. M. B., Sena, A. G. N., Pereira, V. O. M., & Santos, L. M. (2016). Estado e políticas de equidade em saúde: Democracia participativa? *Saúde Debate*, 40(especial), 49-62.
- 296  
Stuart, G.W., & Laraia, M. T. (2001). *Enfermagem psiquiátrica: Princípios e prática*. 6a ed. Porto Alegre: Artmed.
- Torre, L. A. et al. (2015). Global cancer statistics, 2012. *CA: A Cancer Journal For Clinicians*, 65(2), 87-108.
- World Health Organization. (2009). *Global health risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44203/9789241563871\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44203/9789241563871_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- World Health Organization. (2015). *World health statistics 2015*. Geneva, Switzerland: WHO Press. Disponível em [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170250/1/9789240694439\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170250/1/9789240694439_eng.pdf?ua=1&ua=1)

## Capítulo XII

# *Proposta de Cuidados em Saúde Mental para a População do Pantanal de Aquidauana*

*Sílvia Helena Mendonça de Moraes*

*Ednéia Albino Nunes Cerchiari*

*Alessandra Laudelino Neto*

*Luciane Ravaglia Cuandú*

*Franciony Bergman França*

*Angelita dos Santos Garcia*

297

### **Saúde Mental e o Trabalhador Rural**

A população que reside na área rural é a principal vítima da pobreza, do isolamento e da submissão política. A renda e o padrão de vida dos trabalhadores rurais costumam ser igual ou superior ao dos pobres urbanos. No contexto brasileiro, cerca de 36% da população rural apresentam TMM, enquanto na zona urbana, a prevalência é de 35% (Lima, 2014).

Em se tratando da saúde mental do trabalhador pantaneiro, os resultados apresentados nesta coletânea corroboram estimativas de pesquisas internacionais (Kessler et al., 2009), que mostram que cerca de 18% da população mundial adulta será afetada por esse transtorno anualmente, e 30% ao longo da vida.

O setor agropecuário, devido à reestruturação que vem sofrendo, tornou-se instável nas últimas décadas. A insegurança,

os problemas financeiros, as condições climáticas, o isolamento e a falta de cuidados com a saúde estão mudando aquela imagem de que o ambiente rural é tranquilo, harmonioso e saudável. O estilo de vida da população rural tem forte ligação com o trabalho. Além da longa jornada de trabalho, também tem o fato de que esses trabalhadores passam boa parte do tempo na propriedade em que trabalham o que os deixa de certo modo isolados.

Quanto maior o tempo envolvido com o trabalho, o gasto de energia física e a intensidade do trabalho, maiores podem ser os agravos à saúde desse trabalhador, pois dessa forma o trabalhador reduz o seu tempo livre o que acarreta constrangimento físico e psicológico que posteriormente irão se traduzir em agressão à saúde.

Diante disso, percebe-se que a vida do trabalhador rural é movida por vários fatores que podem contribuir para o aparecimento de problemas de saúde mental, devido às diversas atividades que esses trabalhadores exercem em seu ambiente de trabalho, associados à vida familiar. Os principais fatores que contribuem para os problemas de saúde mental dos trabalhadores rurais são: a situação financeira, o isolamento, os relacionamentos familiares, a pressão do tempo, a sazonalidade do trabalho, as legislações e os regulamentos governamentais, o trabalho com organofosforados, os problemas de saúde e o estigma relacionado à doença mental (Poletto & Gontijo, 2013).

Faz-se necessário ressaltar que os agrotóxicos comumente utilizados pelos trabalhadores rurais produzem efeitos neurotóxicos, que causam prejuízos à saúde mental, gerando sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas, por vezes associados à ansiedade, estresse e depressão. Os sintomas de depressão são reconhecidos como um fator comum nas tentativas de suicídios. A falta de orientação técnica e de informação aumenta o risco

de uso indevido desses produtos, provocando assim uma maior exposição por parte dos trabalhadores rurais (Pires, Caldas, & Recena, 2005; Morin, 2016).

Quanto ao isolamento geográfico e social vivenciado pela população rural, Ramos (2009) afirma que esse isolamento e a falta de redes sociais estão relacionados a um maior índice de doença e mortalidade. As dificuldades nas relações interpessoais, sociais e intrapsíquica aumentam as situações de exclusão social, de vulnerabilidade e de estresse. Esses fatores influenciam diretamente a qualidade de vida e a saúde física e mental dessas pessoas, tendo como consequência, muitas vezes, a depressão (Ramos, 2009).

Certamente, a Política Nacional de Saúde Integral dos Povos do Campo, da Floresta e das Águas, de 2013, é um marco histórico na saúde dessa população. Contudo, um olhar especial para a saúde mental parece não ter sido contemplado nesta Política.

299

### **Saúde Mental, Trabalho e Família do Trabalhador Pantaneiro**

Para a Organização Internacional do Trabalho (OIT, 2009) trabalho e família são duas esferas aparentemente regidas por lógicas diferentes – uma pública e outra privada – mas que se afetam mutuamente, constituindo, portanto, um grande desafio o equilíbrio entre o trabalho e as responsabilidades familiares, uma vez que as pessoas precisam trabalhar e gerar renda para satisfazer suas necessidades econômicas (pessoais e de suas famílias) e, ao mesmo tempo, cuidar da família e desempenhar tarefas domésticas não remuneradas em seus lares. “Essa questão afeta particularmente as mulheres. Essa realidade está na base da situação de desvantagem que elas enfrentam no mercado de trabalho. Assim, a questão do equilíbrio entre trabalho e família é fundamental para a igualdade de gênero no mundo do trabalho” (OIT, 2009, p. 9).

Nesse sentido, o Brasil vem adotando algumas medidas para adequar seu marco legal e as políticas públicas às novas realidades econômicas e sociais e às necessidades decorrentes da conciliação entre trabalho e a família. O universo do trabalhador pantaneiro e sua família são complexos, podendo gerar dificuldades no desempenho de suas atividades e da sua vida diária. Os desafios são diversos, porém não se pode esquecer de que muitos dos entraves, no campo da Saúde do Trabalhador, são oriundos da conformação do mundo do trabalho no atual modelo de sociedade vigente.

Em capítulo anterior, foi encontrada uma prevalência de TMM de cerca de 16,9% e no mundo, a mesma varia muito, segundo o grupo ocupacional e instrumento utilizado. Os resultados do SRQ-20 por grupos sintomáticos apontam como mais pontuados os seguintes itens, em ordem decrescente: “sentir-se nervoso, tenso ou preocupado” (45,8%), do agrupamento Humor Depressivo/Ansioso; “têm dores de cabeça frequentes” (39,0%), do agrupamento de Sintomas Somáticos; “disseram ter dificuldades em tomar decisões” (30,5%), do agrupamento Decréscimo de Energia Vital.

Em relação à interferência do trabalho/família/trabalho, os achados desse estudo mostram que a interferência da família no trabalho é menor que a do trabalho na família; as pessoas do sexo feminino, os solteiros e os casais com filhos apresentaram uma interferência maior na direção trabalho-família; o grupo de pessoas com ensino médio completo, os sem religião e os pretos e/ou pardos apresentaram escores médios acima da média da amostra, apresentando uma maior interferência do trabalho na família (Cerchiari, 2017).

Esses achados indicam, portanto, importantes especificidades para a elaboração de propostas de intervenção na saúde mental do trabalhador pantaneiro, em particular, para a implan-

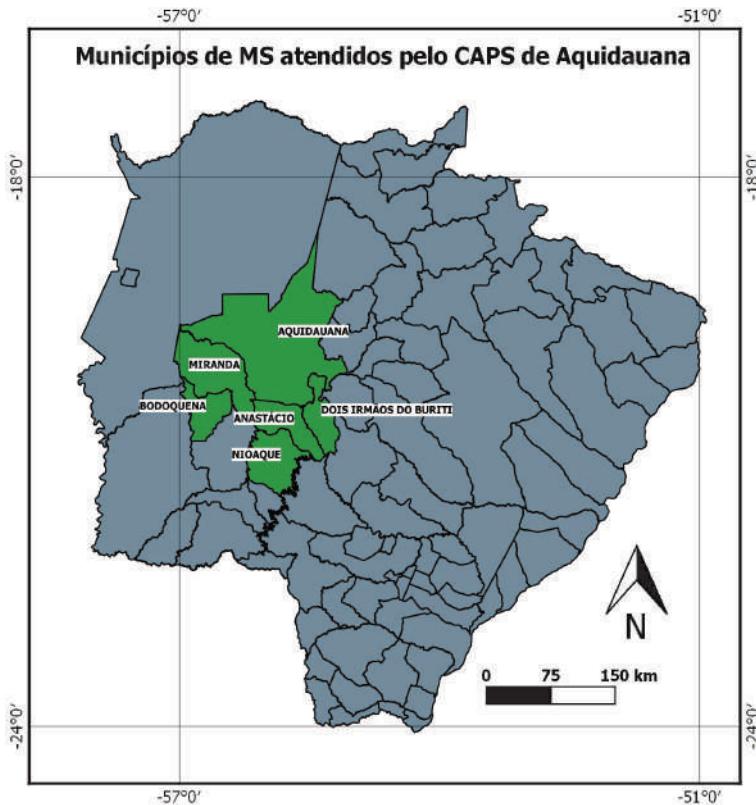
tação de Programas para a Saúde Mental desse trabalhador junto ao SUS.

## **Conhecendo os Serviços de Saúde Mental em Aquidauana, MS**

O Centro de Atenção Psicossocial “Dr. Carlos Alberto Anastácio” (CAPS II) é vinculado à Secretaria Municipal de Saúde e Saneamento de Aquidauana, sendo uma unidade especializada e de referência em média e alta complexidade para toda a microrregião de Aquidauana, atendendo seis municípios: Nioaque, Dois Irmãos do Buriti, Anastácio, Miranda, Bodoquena e Aquidauana. É a única modalidade de cuidados em saúde mental de toda a região, incluindo serviços públicos e privados.

Os usuários atendidos no CAPS II são divididos por modalidades, conforme a necessidade e a patologia apresentada por cada um. Atualmente, o quantitativo de vagas no CAPS II está distribuído da seguinte forma: 45 vagas para pacientes na modalidade **Intensivo**, 100 vagas na modalidade **Semi-Intensivo** e 355 vagas na modalidade **Não Intensivo**.

Verificou-se, em abril de 2018, por meio de dados coletados dos registros de prontuários do CAPS II, que do total da população atendida, 1,06% (500 usuários) eram portadores de algum transtorno mental, sendo 0,032% (10 usuários) trabalhadores rurais.



*Figura 1.* Municípios atendidos pelos CAPS de Aquidauana.  
 Fonte: Disponível no CAPS II “Dr. Carlos Alberto Anastácio”  
 – Aquidauana, MS.

O CAPS II é formado por uma equipe multiprofissional (psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, educadores físicos, clínico geral, psiquiatras, assistentes administrativos, técnicos em enfermagem, cozinheiras e serviços gerais), funcionando em período integral, das 7h às 17h.

Para haver atendimento no CAPS II, é necessário que o usuário seja referenciado ao serviço via Estratégia Saúde da Família

(ESF), Hospitais, Assistência Social ou qualquer outro serviço de saúde. Esse serviço acolhe também a demanda espontânea, sendo necessário, nesse caso, que o usuário seja submetido a uma avaliação pela equipe multiprofissional. No acolhimento realizado pela equipe administrativa, o usuário é encaminhado para a equipe técnica, para avaliação e decisão do tipo de modalidade de atendimento que lhe será ofertado.

Conforme preconizado pelo SUS, os procedimentos do CAPS II são: acolhimento, atendimento individual, atendimento em grupo, atendimento familiar, atendimento domiciliar, procurando possibilitar em todos os seus atendimentos o fortalecimento do protagonismo de usuários e seus familiares, práticas corporais e expressivas, atenção às situações de crises, ações de redução de danos, ações de reabilitação social e atividades educativas.

Outro serviço voltado à saúde mental em Aquidauana é a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), que tem realizado ações de orientação e prevenção de doenças, acidentes e agravos relacionados ao trabalho, no município e em áreas com acesso facilitado. Os trabalhadores de saúde têm sido prioridade nas ações, partindo de uma referência que prioriza o bem-estar desses trabalhadores para que possam proporcionar saúde aos usuários que recebem atendimento desses profissionais.

Visitas técnicas, investigação de acidentes de trabalho, notificações compulsórias em saúde do trabalhador, acompanhamento da situação de saúde do trabalhador, fortalecimento do controle social (CIST), consultas com médica/o do trabalho, psicóloga/o, enfermeira/o, além de fisioterapeuta, técnico de segurança do trabalho e gestor ambiental, são as ações ofertadas por esse serviço.

No período de julho de 2017 a março de 2018, foram realizados, pelo menos, sete atendimentos a trabalhadores pantanei-

ros, que apresentaram, principalmente, problemas ortopédicos. Nesses atendimentos, foi possível perceber a carência que os acompanha como o pouco acesso à educação (nível de escolaridade muito baixo), transporte dificultado pelas más condições das estradas de acesso às cidades, além da resistência em buscar tratamento psicológico, pelo estigma do “*macho que não tem depressão, não adoece fácil e deve suportar tudo*” e pela falta de conhecimento sobre os transtornos mentais.

### **Possibilidades de Ações para o Cuidado em Saúde Mental da População Pantaneira de Aquidauana, MS**

Segundo Bloom et. al. (2011), a estimativa da Organização Mundial da Saúde (OMS) é que a maioria dos países de renda baixa e média dedique menos de 1% de seu orçamento para os cuidados em saúde mental, sendo o ônus da doença impulsionado pelo tamanho da população, idade média da população e nível de desenvolvimento econômico.

Ainda segundo os autores, estudos sobre custos em relação ao transtorno mental apresentam os seguintes resultados: os custos atuais das doenças crônicas não transmissíveis (como hipertensão, diabetes, canceres, doença mental etc.) são muitos altos e devem crescer nas próximas duas décadas, à medida que as populações aumentam e envelhecem, pois para estas há um aumento crescente dos fatores de riscos, impactando no desenvolvimento dessas doenças, resultando em perdas de produtividade devido à morte ou incapacidade; os transtornos mentais e as doenças cardiovasculares são as mais custosas, responsáveis por quase 70% da produção perdida, sendo que o transtorno mental será o responsável pela maior parcela do ônus econômico de 2010 a 2030.

Entretanto, para esses mesmos autores, a aplicação de recursos voltados para prevenção, rastreio, tratamento e cuidados

dessas doenças crônicas pode ser vista como investimento, e não como gastos em saúde, uma vez que os encargos humanos e econômicos podem ser diminuídos.

Nesse sentido, o município de Aquidauana, em suas Diretrizes Orçamentárias publicadas em Diário Oficial, em 10 de agosto de 2017, propõe a reativação da Saúde Pantaneira, por meio de equipe volante e aquisição e adaptação de um veículo para as ações (ônibus consultório). Entende-se por equipe volante, uma equipe alternativa para atender famílias, preferencialmente de baixa renda, que vivem em locais de difícil acesso ou que se encontram dispersas no território.

Procurando propor intervenções exequíveis ao município de Aquidauana, em relação ao cuidado em saúde mental e levando em consideração o contexto municipal e estadual, bem como os serviços disponibilizados na Rede de Atenção à Saúde, esta seção foi redigida tendo como referência os achados obtidos neste capítulo e nas pesquisas apresentadas na parte I desta coletânea.

305

Ressaltamos que este capítulo foi elaborado de forma conjunta com os trabalhadores de saúde mental do município de Aquidauana, por entendermos que a academia não pode pensar em intervenções, sem considerar a experiência daqueles trabalhadores e usuários que vivenciam o dia a dia dos serviços, com seus problemas, suas fragilidades, seus sucessos e potencialidades.

Algumas ações que propomos para o cuidado em saúde mental da população pantaneira estão descritas a seguir.

## Telessaúde



Foto: Debora F. Gonçalves

306

O Telessaúde é importante ferramenta para educação permanente dos profissionais de saúde e educação em saúde para a população pantaneira.

O SUS investe na Atenção Básica, especificamente na ESF, para ser a porta de entrada preferencial para o acesso aos serviços de saúde. Como forma de garantir a ampliação desse acesso aos municípios, que são os principais responsáveis pela saúde de seus cidadãos, tem como dever constituir equipes de saúde da família urbanas e rurais, estas últimas responsáveis pela atenção à saúde das populações rurais.

Sendo a ESF a coordenadora do cuidado e tendo como foco o atendimento às necessidades de saúde da população de maneira qualificada e resolutiva, vem sendo desenvolvido, desde 2007, o Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, com vista a apoiar o trabalho realizado pelas equipes de saúde.

Além de promover a educação permanente dos profissionais de saúde, o Telessaúde visa subsidiar as equipes da ESF em estratégias de apoio assistencial para o fortalecimento da integração entre os serviços de saúde, garantindo-lhes a resolubilidade. Nesse sentido, os serviços oferecidos pelo Telessaúde são: **Teleconsultoria, Telediagnóstico, Tele-educação e Segunda Opinião Formativa** (Brasil, 2012, grifo nosso).

A **Teleconsultoria** consiste em uma consulta registrada para esclarecer tanto as dúvidas sobre procedimentos clínicos e ações de saúde quanto às questões relacionadas ao processo de trabalho. Há dois tipos de Teleconsultoria: (i) síncrona (ofertada pelos núcleos em tempo real, podendo ser realizada por meio de *chats* ou telefone) e (ii) assíncrona (realizada por meio de envio de perguntas às plataformas online dos núcleos de Telessaúde, tendo o prazo de 72h para a resposta).

O **Telediagnóstico** é um serviço de apoio ao diagnóstico, que ocorre a partir da realização de exames em uma localidade remota, sendo esses exames enviados para emissão de laudo por um especialista do Telessaúde.

307

A **Segunda Opinião Formativa** consiste em uma resposta sistematizada, com base na literatura e em evidências científicas e clínicas, para perguntas originadas pelas teleconsultorias. As questões são selecionadas a partir de critérios de relevância e pertinência relacionados às diretrizes do SUS.

Conferências, aulas, cursos ministrados são ofertados pela **Tele-educação**, mediadas pelas Tecnologias de Comunicação e Informação (TIC).

De acordo com a Portaria n. 2.546/2011 (Brasil, 2011), o Telessaúde é constituído por:

- a) Núcleo de Telessaúde Técnico-Científico: instituições formadoras e de gestão e/ou serviços de saúde responsáveis pela formulação e gestão de Teleconsultorias, Telediagnósticos e Segunda Opinião Formativa; e

b) Ponto de Telessaúde: serviços de saúde a partir dos quais os trabalhadores e profissionais do SUS demandam Teleconsultorias e/ou Telediagnósticos.

Em Mato Grosso do Sul, há um Núcleo do Telessaúde estadual, sob a responsabilidade da Secretaria de Estado de Saúde, que atende os 79 municípios do estado, prioritariamente as equipes da ESF. Em 2013, foram distribuídos 550 *kits* multimídia (*web-cam, headset* e caixa de som) para todas as unidades de saúde do estado, incluindo as unidades de saúde de Aquidauana, para que pudessem se tornar pontos ativos desse Programa.

Com o Telessaúde, será possível que as equipes rurais da ESF e também as equipes volantes possam ser capacitadas em relação ao conhecimento e tratamento sobre os diversos tipos de transtornos mentais, bem como possam ter apoio na consulta e no diagnóstico desses transtornos, quando necessário.

308

Apesar de atender prioritariamente os profissionais de saúde, é possível pensar em uma atuação ampliada do Telessaúde para que este possa estender seus serviços aos usuários, especialmente aos usuários da área rural. O serviço de Teleeducação, por exemplo, poderia ofertar cursos e ou informações sobre determinados transtornos mentais, até mesmo, para contribuir na desmistificação desse tipo de transtorno. Esses cursos poderiam ser abertos à comunidade em geral, ou poderiam ser cursos específicos para professores, religiosos, voluntários da comunidade que pudessem ser capacitados em relação aos principais sinais e sintomas dos transtornos mentais, para ajudar na identificação e no manejo precoce desses transtornos, na comunidade.

Desse modo, o Telessaúde, como ferramenta potente para a educação permanente dos profissionais, poderia também se tornar importante na prevenção dos transtornos mentais e na promoção da saúde mental do pantaneiro.

Para isso, além do apoio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e da Atenção Básica (Nasf/AB) e do CAPS, será fundamental que as equipes de saúde da família tenham como rotina, em seu processo de trabalho, o acesso às ações do Telessaúde (tanto no diagnóstico/consulta, quanto na qualificação da equipe) e que possam demandar temas a serem abordados. Ao mesmo tempo, Nasf/AB, CAPS e ESF podem, juntos, utilizar o Telessaúde para auxiliar nas ações educativas da população rural, especificamente, da população pantaneira, concretizando assim o trabalho em redes.

### **Psicoterapias online/virtual e Telepsiatria: os avanços tecnológicos, possibilitando o acesso aos serviços de saúde**

Vivemos hoje em uma sociedade da informação, em que não há mais limites para o acesso à informação e ao conhecimento. Mesmo as populações rurais, em alguns locais, têm acesso às TIC, reduzindo assim as distâncias e possibilitando uma comunicação sem fronteiras, ainda que de maneira remota. Em relação aos trabalhadores pantaneiros de Aquidauana e aos seus familiares, por exemplo, foi possível observar o acesso facilitado às TIC, nas fazendas que fizeram parte das pesquisas relatadas nos capítulos anteriores, que se encontram, no entanto, mais perto da cidade de Aquidauana, até 160 Km, permanecendo ainda as de maior distância fora dessa possibilidade, por enquanto.

309

Assim, a forma de acesso aos serviços de saúde também deve acompanhar esse movimento sem fronteiras, a partir das tecnologias, garantindo a universalização do acesso aos serviços de saúde para a população. Como vimos anteriormente, com o Telessaúde, é possível que um profissional de saúde do SUS, trabalhando em uma área remota, tenha a confirmação de um diagnóstico ou, ainda, tenha a possibilidade de obter uma infor-

mação ou conhecimento, a partir da Teleconsultoria e da Tele-educação, respectivamente.



Foto: Ednéia A. N. Cerchiari

310

Com as TIC, é possível também uma pessoa ter acesso a uma consulta ou acompanhamento médico ou psicológico. Esse tipo de atendimento já é comum em países desenvolvidos, como nos Estados Unidos, Reino Unido e Austrália.

No Brasil, ainda é recente o uso da internet para atendimento psicológico, pois o Conselho Federal de Psicologia aprovou em maio de 2018, a Resolução CFP n. 11/2018, que regulamenta as normas para os serviços psicológicos realizados por meios de tecnologias da informação e da comunicação, de maneira síncro-

na ou assíncrona, prezando sempre pela proteção e segurança dos dados e respeitando os princípios éticos da profissão.

Desse modo, seria possível (para aqueles casos em que o deslocamento não é possível ou de dificuldade para viabilização de atendimento psicológico, como no caso dos usuários da região pantaneira), utilizar a *internet*, como forma de possibilitar acesso ao atendimento em saúde mental para essa população.

Para organizar esse tipo de atendimento, o CAPS de Aquidauana, em conjunto com a equipe volante ou equipe de saúde da família rural, poderia disponibilizar, em sua agenda, um dia de atendimento de forma virtual. Para tanto, é preciso que o serviço tenha disponível, no mínimo, *internet* banda larga, um computador e uma sala privada, para que, no momento desse atendimento, se garanta a privacidade do usuário e o sigilo do atendimento e que os usuários possuam acesso à *Internet*, tratando-se, seguramente, de um processo progressivo.

Em relação ao atendimento médico de maneira virtual, a Telemedicina, considerada por alguns como sinônimo de Telessaúde e por outros como uma categoria deste, tem se expandido no país. Apesar de ainda ser vista como uma atividade emergente, o uso de dispositivos de mediação biométricos, como monitores de frequência cardíaca, pressão arterial e de glicose no sangue para acompanhar remotamente os pacientes com doenças agudas e crônicas, constituem-se um exemplo da Telemedicina. O prontuário médico eletrônico, serviços de laudos médicos à distância, principalmente para eletrocardiograma e radiologia, são também exemplos da Telemedicina. Além de agregar eficiência e reduzir custos, a Telemedicina, no que se refere à prevenção, diagnóstico e tratamento em regiões remotas, pode ampliar as ações dos profissionais de saúde, possibilitando-lhes a integração aos serviços de saúde localizados em hospitais e centros de referência (Maldonado, Marques, & Cruz, 2016).

Quanto aos serviços psiquiátricos, especificamente, considerando o reduzido número de médicos psiquiatras disponíveis nos serviços públicos de saúde, principalmente na ESF, uma forma de se garantir esse tipo de serviço seria a Telepsiquiatria, que consiste em uma consulta ou avaliação feita por um psiquiatra e um usuário, por meio de uma videoconferência.

No Brasil, apesar da Telepsiquiatria ainda não estar regulamentada, essa forma de atendimento poderia melhorar significativamente o acesso aos serviços psiquiátricos para pessoas que residem em áreas rurais e remotas, ou em outras situações, em que as consultas presenciais são difíceis ou impraticáveis.

Estudos (Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists [Ranzcp], 2013) têm demonstrado que a Telepsiquiatria pode ser tão eficaz quanto a consulta presencial, em relação aos resultados, devendo seguir todas as normas de uma consulta normal, fornecendo ao usuário informações necessárias para a tomada de decisão em relação à sua saúde. A ética, a privacidade e o sigilo das informações devem ser garantidos na Telepsiquiatria, como também o devem ser na consulta presencial.

De acordo com o Documento Australiano (Ranzcp, 2013), que divulga as boas práticas em Telepsiquiatria, é possível disponibilizar os seguintes serviços à distância: avaliação diagnóstica, consultas, avaliação e intervenção em crise, acompanhamento do tratamento e acompanhamento pós-alta, revisão da medicação, suporte terapêutico, terapia de grupo, individual, familiar ou de casal (Ranzcp, 2013).

Ainda de acordo com esse documento, deve-se levar em consideração um conjunto de fatores para a prática da Telepsiquiatria: fatores clínicos como continuidade do cuidado; cuidado compartilhado e melhor modelo de cuidado para o usuário; fatores práticos, como a disponibilidade de especialistas, equipe clínica

local e tecnologia e fatores do usuário, tais como a capacidade de o usuário (e algum familiar) viajar, trabalhar e situação cultural (Ranzcp, 2013).

Sempre que possível, deverá haver um profissional de saúde que possa acompanhar o usuário durante a sessão de Telepsiquiatria. Caso isso não seja possível, deve ser responsabilidade do psiquiatra garantir que o usuário tenha alguém disponível para lhe dar apoio antes, durante ou depois das sessões. Durante a sessão de Telepsiquiatria, tanto o local de trabalho do psiquiatra, quanto o local em que o usuário se encontra devem ser privados, não sendo permitido o acesso a pessoas não autorizadas.

## **Educação em Saúde Mental: Perspectivas Educativas no Cuidado à Saúde**

A educação em saúde mental se apresenta como uma das ações primordiais de investimento em áreas rurais e ou remotas, em razão de sua atuação na promoção de saúde. Tais ações necessitam ser pensadas e adaptadas ao contexto comunitário, sendo estes protagonistas do processo de elaboração e implementação concreta, pois as comunidades possuem saberes e práticas que fundam os modos como essas populações compreendem a vida, como por exemplo: aspectos culturais, hábitos, crenças, alimentação, além de conceberem as redes de apoio social, que compõem os elos de relacionamentos vivenciados pelos sujeitos (Cirilo Neto, & Dimenstein, 2017; Cunha, Pio, & Raccioni, 2017).

A visita domiciliar e a busca ativa feita por equipes volantes, por exemplo, podem ser estratégias de cuidado, permitindo “conhecer o território, estabelecer vínculos com a comunidade, identificar os problemas vivenciados pelas famílias, mapear as necessidades sociais e de saúde e realizar diagnóstico comuni-

tário" (Cirilo Neto & Dimenstein, 2017, p. 468). A partir desses levantamentos, pode-se estimular a 'alfabetização em saúde mental' - termo utilizado no *Mental Health First Aid* (MHFA), programa interventivo em psicoeducação, no intuito do reconhecimento e suporte relacionados aos principais Transtornos Mentais Menores (TMM)<sup>1</sup>, buscando a participação social como protagonista e oportunizando a realização de escolhas para a melhoria da qualidade de vida, permitindo acesso a informações e aos problemas sociais e apoio na elaboração de projetos e estratégias concretas para o seu enfrentamento (LaMontagne et al., 2014; Cirilo Neto & Dimenstein, 2017).

A educação, ou 'alfabetização', em saúde mental visa contribuir para o aumento do conhecimento dos participantes sobre a saúde mental e os principais transtornos comuns (depressão, ansiedade, abuso de substâncias, além dos comportamentos suicidas). Para tanto, ela deve garantir informação sobre os tratamentos disponíveis e criar uma rede comunitária de apoio, além de propiciar o reconhecimento do sofrimento psicológico. Como resultado, a alfabetização em saúde mental tende a colaborar com a redução do estigma e a sensibilizar a comunidade no desenvolvimento de ações preventivas e promotoras de saúde, bem como na abordagem, auxílio e encaminhamento necessário de indivíduos com problemas de saúde mental.

Nesse sentido, as equipes da ESF, CAPS e do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), por se tratarem da porta preferencial de entrada no SUS e no Sistema Único da Assistência Social (SUAS), podem promover o desenvolvimento dessas atividades de Educação em Saúde Mental, com a participação ativa da comunidade e o apoio de universidades.

---

<sup>1</sup> Ver <https://www.mentalhealthfirstaid.org/>

## **Ações de Saúde Mental para as Crianças e Adolescentes por meio de Capacitação de Membros da Comunidade e Professores**

Para Yamashita, Gaspar, Amendola, Alvarenga, e Oliveira (2014, p. 98)

... a rede social de um indivíduo pode ser definida como o grupo de pessoas com quem mantém algum contato ou vínculo social. Já o termo apoio social refere-se a aspectos qualitativos da rede, ou seja, o grau de satisfação do indivíduo com suas relações.

A OMS (2002) refere que os cuidados baseados na comunidade têm um melhor efeito sobre o resultado e a qualidade de vida das pessoas portadoras de transtornos mentais do que o tratamento institucional. Dessa forma, os serviços de saúde mental devem ser prestados na comunidade, fazendo uso de todos os recursos disponíveis. Portanto os serviços de base comunitária podem levar a intervenções precoces e limitar o estigma associado com o tratamento.

315

Para tanto, a comunidade precisa ser ensinada, preparada para atuar junto à população, e isto pode ser feito através de campanhas de educação e sensibilização da comunidade sobre a saúde mental cujo objetivo deve ser reduzir as dificuldades no tratamento e nos cuidados, com a finalidade de aumentar a consciência da frequência das perturbações mentais, a sua suscetibilidade ao tratamento, o processo de recuperação e os direitos humanos das pessoas com tais perturbações.

A OMS (2002) diz ainda que, em condições ideais, as equipes especializadas em cuidados de saúde mental deveriam incluir tanto profissionais médicos quanto os não médicos, tais como psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeiros psiquiátricos, assistentes sociais psiquiátricos e terapeutas ocupacionais, que

podem trabalhar juntos tendo em vista os cuidados e a integração total dos usuários na comunidade. Outros setores além do da saúde, como da educação, do trabalho, da previdência social e do direito, bem como certas organizações não governamentais, devem ter uma participação na melhoria da saúde mental das comunidades.

Diante do exposto acima e preconizado pela OMS (2002), propomos algumas ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde mental, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde mental.

#### *Capacitação em Saúde Mental para Pais, Comunidade e Professores da Escola Pantaneira*

Essa capacitação tem como objetivo principal preparar pais, comunidade e professores da escola pantaneira para a identificação de sintomas mais comuns de problemas de saúde mental da criança e do adolescente. Os temas abordados poderão ser desenvolvidos e organizados por meio de reuniões com os pais, comunidade, professores e profissionais especializados em psiquiatria e psicologia da infância e da adolescência e em educação infanto-juvenil. Essa atividade pode ser desenvolvida em parceria com a equipe de saúde da família rural, o CRAS e Universidades, e realizada presencialmente ou mediada pelas TIC.

Estudos mostram que os temas mais abordados sobre saúde mental infanto-juvenil se referem à “agressividade e agitação excessivas, isolamento, desatenção, dificuldade significativa no cumprimento de tarefas e combinados, dentre outros, e que envolvem fatores do contexto familiar, escolar e socioeconômico-culturais presentes no cotidiano das crianças” (Cid & Gasparini, 2016, p. 100). Portanto esses temas podem servir de

disparadores de reflexão sobre a saúde mental infanto-juvenil do pantaneiro.

### *Espaços Criativos de Mobilização Social*

Com a finalidade de diminuir o isolamento social, que pode interferir na saúde mental dos pantaneiros, decorrente das distâncias entre as propriedades, propõe-se esta ação, especialmente para os adolescentes e jovens adultos. Esta é uma atividade pedagógica que alia a competição à cooperação entre indivíduos e grupos, por meio de gincana solidária e cultural, eventos culturais e intervenção na comunidade.

Nesse caso, recomenda-se que seja uma gincana solidária e temática, e que não se dê ênfase à disputa, mas ao entusiasmo de cumprir tarefas e aprender com elas. O caráter das tarefas deve ser sempre pedagógico e solidário, com o cuidado de estabelecer uma comissão julgadora comprometida com o tema e atenta aos objetivos propostos.

317

A gincana pode enfocar um tema que desperte o interesse de todos e, para que se torne mais criativa e participativa, as tarefas, seus respectivos critérios de julgamento, planejamento e desenvolvimento podem ser elaborados por uma comissão de crianças, adolescentes, pais, professores e comunidade pantaneira em geral escolhida pelos participantes.

Ainda com o objetivo de diminuir o isolamento social, os eventos culturais são momentos de sair da rotina. Para tanto, pode se organizar um festival de arte e cultura, uma mostra de fotografia produzida pelos próprios jovens, adultos e crianças, uma projeção de filmes com debate, um show de música ou dança, uma apresentação de teatro ou uma mostra de arte e fotografia.

São eventos que podem ser elaborados por um grupo de crianças, adolescentes e de jovens, por convidados de outras fa-

zendas ou até mesmo por artistas profissionais comprometidos com o tema. É um momento especial, pois reúne muita gente em torno de uma atividade em que geralmente circula muita alegria e emoção.

Já a intervenção na comunidade é uma ação de maior alcance e impacto que pode ter diferentes objetivos: uma pesquisa sobre a situação da comunidade ou da cidade; a sensibilização da comunidade; um diálogo mais sistemático com a escola e outras instituições; uma feira de saúde etc. Para que o trabalho desenvolvido seja consistente, é importante que ele seja planejado detalhadamente e avaliado após sua realização.

Todas as atividades acima citadas podem ser desenvolvidas em parceria com a Equipe de Saúde da Família Rural (ESF, proposta no capítulo anterior), o CRAS e as universidades.

### Considerações Finais

318

A Constituição de 1988 garante a todos os brasileiros o direito à saúde. Temos que nos conscientizar de que esse direito deve se estender à saúde mental, pois esta é ainda uma área com poucos investimentos por parte do poder público. A partir das propostas de cuidado em saúde mental apresentadas neste capítulo, podemos observar que é possível, sim, realizar o cuidado em saúde mental para as populações que estão distantes do contexto urbano.

A ideia de que quem vive no campo vive melhor e, por isso, não apresentará transtornos mentais deve ser superada para que o poder público e os profissionais de saúde mental possam olhar para essa população, como uma população que também necessita de cuidados e têm uma especificidade.

As dificuldades são imensas, e precisamos superar obstáculos e romper barreiras para chegar aos trabalhadores e seus familiares da área rural, especialmente a população pantanei-

ra, para realizarmos ações de prevenção e orientação em saúde mental. Temos que repensar na necessidade real de informação que precisa chegar até essa população que, em seu isolamento, pode ficar ilhada em pensamentos e ideias do passado, sem ouvir falar em “transtornos mentais”, sem sequer saber que estão doentes e precisam de cuidados psiquiátricos e/ou psicológicos que devem ser levados à sério.

Ainda há pouco sendo feito e muito se necessita nesse sentido. Os municípios pantaneiros precisam ser conscientizados sobre a importância da implantação de um programa de cuidados em saúde mental para a população pantaneira, que inclua tanto o trabalhador quanto sua família e a comunidade.

## Referências

- Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Bezerra Jr., B. (1994). De médico, de louco e de todo mundo um pouco: O campo psiquiátrico no Brasil dos anos 80. In R. Guimarães, & R. Tavares (Orgs.), *Saúde e sociedade no Brasil: Anos 80* (pp. 171-191). Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- Blomer, E. (2014). *Local action on health inequalities: Workplace interventions to improve health and wellbeing*. Health equity briefing 5a: September 2014. UCL Institute of Health Equity. Public Health England. Disponível em [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/355773/Briefing5a\\_Workplace\\_interventions\\_health\\_inequalities.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/355773/Briefing5a_Workplace_interventions_health_inequalities.pdf)
- Bloom, D. E., Cafiero, E. T., Jané-Llopis, E., Abrahams-Gessel, S., Bloom, L.R., Fathima, S., . . . Weinstein, C. (2011). *The global economic burden of non-communicable diseases*. Geneva: World Economic Forum.

- Brasil. (2004). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2010). *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental-Intersetorial*, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011). *Portaria n. 2.546*, de 27 de outubro de 2011. Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes). Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2546\\_27\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2546_27_10_2011.html)
- Brasil. (2012). Ministério da Saúde. *Manual de Telessaúde para Atenção Básica / Atenção Primária à Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde/Universidade Federal do Rio Grande do Sul. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, 123 p. : il.).
- Brasil. (2018). Conselho Federal de Psicologia. *Resolução nº 11*, de 11 de maio de 2018. Regulamenta a prestação de serviços psicológicos realizados por meios de tecnologias da informação e da comunicação e revoga a Resolução CFP N.º 11/2012. Brasília: CFP.
- Cerchiari, E. A. N. (2017). *Saúde mental e trabalho-família do pantaneiro*. Relatório de pós-doutorado apresentado ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia – área Psicologia da Saúde da Universidade Católica Dom Bosco. Campo Grande, MS.
- Cid, M. F. B., & Gasparini, D. A. (2016). Ações de promoção à saúde mental infanto-juvenil no contexto escolar: Um estudo de revisão. *Rev. FSA*, 13(1), 97-114.
- Cirilo Neto, M., & Dimenstein, M. (2017). Saúde mental em contextos rurais: o trabalho psicossocial em análise.

- Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(2), 461-474. <https://doi.org/10.1590/1982-3703002542016>
- Cunha, A. C., Pio, D. A. M., & Raccioni, T. M. (2017). Acompanhamento terapêutico: Concepções e possibilidades em serviços de saúde mental. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(3), 638-651. <https://doi.org/10.1590/1982-3703000092016>
- Duarte, J. G. (2010). *Transtornos mentais comuns em trabalhadores rurais no corte da cana-de-açúcar*. Santa Helena de Goiás/Goiás (Dissertação de mestrado em Ciências Ambientais e Saúde, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, GO, Brasil). Disponível em <http://tede2.pucgoias.edu.br:8080/bitstream/tede/3141/1/GUILHERME%20JOSE%20DUARTE.pdf>
- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Chatterji, S., Lee, S., & Üstün, T. B. (2009). The WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *Psychiatrie (Stuttgart)*, 6(1), 5-9. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2995950/>
- Lancman, S., & Sznelwar, L. I. (2005). Christophe Dejours: Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. *Caderno de Saúde Pública*, 21(3), 984-990.
- LaMontagne, A. D. et al. (2014). Workplace mental health: developing a integrated intervention approach. *BMC Psychiatry*, 14(131).
- Lima, P. J. P. (2014). *Avaliação da qualidade de vida e transtornos mentais comuns de residentes em áreas rurais* (Tese de doutorado em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil). Disponível em [http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/312696/1/PazdeLima\\_PauloJunior\\_D.pdf](http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/312696/1/PazdeLima_PauloJunior_D.pdf)
- Maldonado, J. M. S. V., Marques, A. B., & Cruz, A. (2016). Telemedicina: Desafios à sua difusão no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 32(Sup 2), e00155615.

Morin, P. V. (2016). *Transtornos mentais comuns em trabalhadores rurais que utilizam agrotóxicos* (Dissertação de mestrado em Atenção Integral à Saúde, Universidade de Cruz Alta/ Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí, RS, Brasil. Disponível em <https://home.unicruz.edu.br/wp-content/uploads/2017/04/P%C3%82MELA-VIONE-MORIN-TRANSTORNOS-MENTAIS-COMUNS-EM-TRABALHADORES-RURAIS-QUE-UTILIZAM-AGROT%C3%93XICOS.pdf>

Nardi, H. C., & Ramminger, T. (2012). Políticas públicas em saúde mental e trabalho: Desafios políticos e epistemológicos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32(2), 374-387.

Navarro, V. L., & Padilha, V. (2007). Dilemas do trabalho no capitalismo contemporâneo. *Psicologia & Sociedade*, 19(número especial), 14-20.

Organização Internacional do Trabalho. (2009). *Trabalho e família: Rumo a novas formas de conciliação com responsabilidade social*. Brasília. Disponível em <http://www.oitbrasil.org.br>

Organização Mundial de Saúde. (2002). *Relatório Mundial da Saúde: Saúde mental: Nova concepção, nova esperança* (1a ed.). Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. Disponível em <http://psiatriab.com.br/wp/wp-content/uploads/2015/01/Relatorio-OMS-da-saude-mental-no-mundo-2001.pdf>

Pires, D. X., Caldas, E. D., & Recena, M. C. P. (2005). Uso de agrotóxicos e suicídios no Estado do Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 21(2), 598-605. Disponível em [https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/csp/v21n2/27.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v21n2/27.pdf)

Poletto, A. R., & Gontijo, L. A. (2013). A saúde mental. In: *XXXIII Encontro Nacional de Engenharia de Produção*. Salvador.

- Disponível em [http://www.abepro.org.br/biblioteca/ene-gep2013\\_TN\\_STO\\_180\\_026\\_23287.pdf](http://www.abepro.org.br/biblioteca/ene-gep2013_TN_STO_180_026_23287.pdf)
- Ramos, N. (2009). Saúde, migração e direitos humanos. *Advances in Health Psychology*, 17(1), 1-11.
- Disponível em <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/3127/1/ NRamos%20Sude%20e%20direitos%20humanos.pdf>
- Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. (2013). *Professional practice standards and guides for telepsychiatry*. Melbourne, Austrália. Disponível em <https://www.ranzcp.org/Files/Resources/RANZCP-Professional-Practice-Standards-and-Guides.aspx>
- Sennet, R. (2006). *A cultura do novo capitalismo*. Rio de Janeiro: Record.
- Silva, D. F., & Santana, P. R. (2012). Transtornos mentais e pobreza no Brasil: Uma revisão sistemática. *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 6(4), 175-185. Disponível em <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1214>
- Yamashita, C. H., Gaspar, J. C., Amendola, F., Alvarenga, M. R. M., & Oliveira, M. A. C. (2014). Rede social de cuidadores familiares de pacientes com incapacidades e dependência. *Rev Esc Enferm USP*, 48(Esp.), 97-103. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000600014>
- World Health Organization. (2008). *Mental Health Gap Action Programme: Scaling up care for mental, neurological and substance use disorders*. Geneva: WHO.



[...]

**E**ssa obra [...] vem ao encontro de reflexões acerca da gente pantaneira de um dos pantanais existentes – O pantanal de Aquidauana, e incorpora uma grande contribuição a essa temática ao trazer situações de diagnóstico e propostas de intervenção relacionados à Saúde do Trabalhador dessa região.

Recomenda-se com certeza essa obra a pesquisadores, professores e alunos da área de Psicologia, Educação, área de Saúde e Humanas em geral e a todos os interessados na região pantaneira. É resultado de um trabalho muito sério de pesquisa, fruto da união de professores e alunos, que garantirá ao acervo bibliográfico e científico do estado de Mato Grosso do Sul um marco acerca da Saúde do Trabalhador pantaneiro - desenhado com originalidade e abalizado por seu caráter singular e universal. Merecedora de aplausos, a obra, seus organizadores e autores, certamente desencadearão novos estudos e investigações nessa direção, corroborando as palavras do nosso poeta Manoel de Barros: "A maior riqueza do homem é sua incompletude".

Profa. Dra. Sônia da Cunha Urt



GOVERNO DO ESTADO  
DE MATO GROSSO DO SUL



Fundação de Apoio ao Desenvolvimento do Ensino,  
Ciência e Tecnologia do Estado de Mato Grosso do Sul



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**

Fundação Oswaldo Cruz

Fiocruz Mato Grosso do Sul



Universidade Estadual de  
Mato Grosso do Sul



UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO



Conselho Nacional de Desenvolvimento  
Científico e Tecnológico



ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA  
DAS EDITORAS UNIVERSITÁRIAS

