



**DIÉSSICA ROGGIA PIEXAK**

**NÍVEIS DE BARREIRAS E DE FACILITADORES DE FATORES  
AMBIENTAIS RELACIONADOS À FORÇA DE TRABALHO E À SAÚDE DE  
AGRICULTORES**

**RIO GRANDE**

**2015**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (FURG)**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**DOUTORADO EM ENFERMAGEM**  
**NÍVEIS DE BARREIRAS E DE FACILITADORES DE FATORES**  
**AMBIENTAIS RELACIONADOS À FORÇA DE TRABALHO E À SAÚDE DE**  
**AGRICULTORES**

**DIÉSSICA ROGGIA PIEXAK**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: O Trabalho da Enfermagem/Saúde.

**Orientadora: Dr<sup>a</sup>. Marta Regina Cezar-Vaz**

**RIO GRANDE**

**2015**

P626n Piexak, Diéssica Roggia.  
Níveis de barreiras e de facilitadores de fatores ambientais relacionados  
à força de trabalho e à saúde de agricultores / Diéssica Roggia Piexak. –  
2015.  
130 f.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande/FURG,  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Orientadora: Dr<sup>a</sup>. Marta Regina Cezar-Vaz.

1. Enfermagem. 2. Saúde do trabalhador. 3. População rural. 4.  
Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde I.  
Cezar-Vaz, Marta Regina. II. Título.

CDU 616-083

Catálogo na fonte: Bibliotecária Flávia Reis de Oliveira CRB10/1946

DIÉSSICA ROGGIA PIEXAK

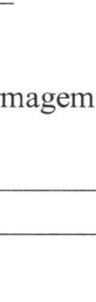
NÍVEIS DE BARREIRAS E DE FACILITADORES DE FATORES  
AMBIENTAIS RELACIONADOS À FORÇA DE TRABALHO E À SAÚDE DE  
AGRICULTORES

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de **Doutora em Enfermagem** e aprovada na sua versão final em 26 de fevereiro de 2015, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.

  
\_\_\_\_\_

Prof.ª Dr.ª Mara Regina Santos da Silva

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem FURG

BANCA EXAMINADORA
 Dr.ª Marta Regina Cezar-Vaz – Presidente (FURG)
 Dr.ª Clarice Alves Bonow – Membro Externo (UNIPAMPA)
 Dr. Lauro Roberto Witt da Silva – Membro Externo (FURG)
 Dr.ª Mara Regina Santos da Silva – Membro Interno (FURG)
 Dr. Valdecir Zavarese da Costa – Suplente Externo (UFSM)
 Dr. Edison Luiz Barlem – Suplente Interno (FURG)

## DEDICATÓRIA

Aos agricultores, em especial aos meus avós paternos (*In memoriam*), Arnolfo Ângelo Piexak e Neli Piexak.

## AGRADECIMENTOS

À Deus,

Pela oportunidade de vida, de aprendizado e de crescimento moral e espiritual.

Aos meus pais Neiva e Sérgio,

Pelo amor incondicional, pela dedicação e pela incansável paciência em conduzir-me pelos bons caminhos da vida. Pais incentivadores e fundamentais para o meu crescimento moral e profissional.

À Dienefer, minha querida,

Pelo companheirismo, amizade e amor. A melhor irmã que eu poderia ter.

À professora Marta, minha orientadora,

Pela dedicação e compromisso com o meu crescimento profissional desde o início. Seu conhecimento sempre foi uma inspiração para mim, obrigada por compartilhá-lo.

Aos meus avós paternos (*In memoriam*) Arnolfo Ângelo e Neli Piexak e aos meus avós maternos Ohildes Luiz Roggia (*In memoriam*) e Santa Cleir Roggia,

Pela constituição familiar cheia de amor, assim como, pela proteção, carinho e força mesmo distante.

Aos meus tios e primos, tia Maninha, Suzana, Paulinho, Rodrigo, Iberê, Lilhani, Alisson, Eduarda, Uendrik, Stefny, Dafny, Guilherme, Lauren e Lorenzo,

Pelo carinho, torcida e apoio durante todos esses anos de formação acadêmica.

Às minhas amigas do grupo de pesquisa LAMSA, Laurelize, Marlise, Anelise, Clarice, Andréia, Tatielle e Daniela,

Pelo envolvimento, comprometimento e dedicação com o trabalho desenvolvido no grupo. Vocês foram fundamentais para o meu crescimento. Obrigada por, muitas vezes, não permitirem que a famosa “peteca” caísse e por “segurarem” a minha impulsividade em alguns momentos. Agradeço também aos maravilhosos momentos de conversa e principalmente de escuta, aos momentos de risadas e piadas, aos momentos de convívio fora da academia, poucos, mas muito divertidos, espero logo termos mais tempo para esse convívio.

Aos bolsistas de Iniciação Científica do LAMSA, Vitória, Kendra, Nicolás, Camila, Manuela e Cíntia,

Pela dedicação e comprometimento na coleta de dados, pelos momentos alegres e de descontração enquanto nos deslocávamos para as entrevistas, pelas paródias e músicas que embalavam os sábados de coleta de dados. Nunca vou esquecer que é possível desenvolver um ótimo trabalho atrelado à leveza e ao sorriso largo.

Às minha amigas Jamila, Danielle e Daiane

Pela amizade, companheirismo e estudos durante o doutorado. Espero logo retomar nossos encontros descontraídos e alegres, bem como, os de estudo.

À minha amiga Jamila,

Pela amizade eterna, desde o mestrado incentivando-me e auxiliando-me frente às dificuldades. Obrigada pelos momentos de ideias contraditórias e pelos momentos alegres de convivência, companheirismo, estudo e trabalho. Obrigada por me fazer enxergar que eu não poderia “largar tudo e sair correndo”, por duas vezes. Obrigada

pelo incentivo constante e por acreditar em mim. Como já diria nossa amiga Dani, você é um presentinho de Deus nas nossas vidas.

Ao meu amigo Edison,  
Pela convivência e amizade. Obrigada também por cuidar da logística quando eu e Jamila estudávamos, na qual nunca deixou que faltasse glicose para o funcionamento energético de nossos cérebros.

Ao Luís Felipe, meu amigo,  
Pelo apoio e incentivo no meu crescimento pessoal e profissional muito antes da graduação em enfermagem, bem como, pela paciência e compreensão durante todo esse tempo.

Ao meu amigo Matheus,  
Pela convivência, amizade, carinho e cuidado quando eu mais precisava.

À Andréia, minha amiga, irmã de coração e companheira de desenvolvimento mediúnico e de Reike  
Pelo companheirismo, amizade e carinho desde a sua chegada à Rio Grande.

Às professoras Dirce Stein Backes e Silvana Sidney Costa Santos,  
Pelo apoio acadêmico, acolhimento e ensinamentos durante a minha trajetória. Eterna gratidão e respeito.

Ao meu grupo de desenvolvimento mediúnico,  
Pelos ensinamentos de caridade e de amor ao próximo.

Ao Lucinei, meu namorado,  
Pelo zelo constante e incentivo durante o processo de finalização da tese. Obrigada por tornar esse momento muito mais agradável.

Aos agricultores, sujeitos de pesquisa,  
Pela confiança e disponibilidade em participar deste estudo.

Aos membros da banca de qualificação e defesa da tese,  
Pela disponibilidade e contribuições.

Aos professores e funcionários do PPGEnf/FURG,  
Pelo apoio acadêmico.

Haja o que houver, não te interrompas, na tarefa da execução, para ouvir sarcasmo ou censura. Oferece o melhor de ti aos que te compartilham a estrada, e, conservando a consciência tranquila, trabalha sempre, lembrando, a cada momento, que, assim como o fruto fala da árvore, o serviço é a testemunha do servidor.

Francisco Cândido Xavier, pelo espírito Emmanuel

## RESUMO

PIEXAK, Diéssica Roggia. **Níveis de barreiras e de facilitadores de fatores ambientais relacionados à força de trabalho e à saúde de agricultores.** 2015. 130f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

Este estudo objetivou identificar, na produção científica, como a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde é utilizada por enfermeiros; analisar como os agricultores avaliam os níveis de barreiras e de facilitadores de fatores ambientais relacionados à força de trabalho para o desempenho de suas atividades e participação no trabalho e, analisar como os agricultores avaliam os níveis de barreiras e de facilitadores de fatores ambientais relacionados à saúde para o desempenho de suas atividades e participação. Estudo de abordagem quantitativa, de caráter descritivo e exploratório, com delineamento transversal, realizado em dois ambientes rurais do Rio Grande do Sul: Ambiente rural I – Ilha dos Marinheiros em Rio Grande e Ambiente rural II – zona rural de Uruguaiana. A amostra foi composta por 259 agricultores. Para a coleta de dados utilizou-se um instrumento, contendo variáveis socioeconômicas e demográficas, aspectos do processo de trabalho e dos níveis das barreiras e dos facilitadores relacionados à força de trabalho (apoio da família, apoio da comunidade e instrumentos/equipamentos utilizados para o desenvolvimento do trabalho) e à saúde (serviços de saúde, apoio e atitudes individuais de profissionais de saúde) de acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Para a análise estatística contou-se com o auxílio do *software* estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* versão 20.0. As variáveis numéricas foram apresentadas quanto às medidas de tendência central e medidas de dispersão. Para a verificação da normalidade/simetria dos dados numéricos, usou-se o teste de *Kolmogorov-Smirnov*. Para a análise de associação dos dados nominais, foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson -  $\chi^2$  e para a análise dos dados numéricos o coeficiente de Correlação Rho de Spearman. Para a comparação de medianas utilizou-se o teste de *Mann-Whitney* para variáveis com duas categorias e o teste de *Kruskal-Wallis* para as variáveis com mais de duas categorias, considerando-se  $p < 0,05$  como significância estatística. Os agricultores dos ambientes investigados apresentaram níveis diferentes de barreiras dos fatores ambientais relacionados à força de trabalho e à saúde. Os fatores ambientais relacionados à força de trabalho foram considerados barreiras leves para o desempenho no trabalho de agricultores do ambiente I e nenhuma barreira para o desempenho no trabalho de agricultores do ambiente II. Quanto aos serviços de saúde, os trabalhadores do ambiente I evidenciaram maiores níveis de facilitadores do que barreiras. O apoio e as atitudes individuais de profissionais de saúde foram avaliados como facilitadores consideráveis para os agricultores do ambiente I, como facilitadores moderados para os agricultores do ambiente II e como nenhuma barreira para o desempenho das atividades e participação nos dois ambientes. O estudo confirma a tese de que níveis de barreiras e de facilitadores de fatores ambientais relacionados à força de trabalho e à saúde, podem influenciar no desempenho de atividades e participação de agricultores. Os resultados direcionam para o desenvolvimento de ações de cuidado de enfermagem para minimizar níveis de barreiras e aumentar níveis de facilitadores relacionados à força de trabalho e à saúde de agricultores, com o intuito de melhorar o desempenho de suas atividades e participação, bem como otimizar os serviços de saúde, o apoio e as atitudes individuais de profissionais de saúde.

**Descritores:** Saúde do Trabalhador; População Rural; Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; Enfermagem.

## ABSTRACT

PIEXAK, Diéssica Roggia. **Barrier levels and facilitators of environmental factors related to workforce and health of farmworkers.** 2015. 130f. Doctoral Dissertation (PhD in Nursing) – Nursing School. Postgraduate Program in Nursing, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

This study aimed at identifying, in the scientific production, how International Classification of Functioning, Disability and Health is used by nurses; analyzing how farmworkers evaluate barrier levels and facilitators of environmental factors related to workforce for performance of their activities and participation at work and; analyzing how farmworkers evaluate the barrier levels and facilitators of environmental factors related to health for the performance of their activities and participation. This study presents a quantitative, descriptive and exploratory approach, with transversal delineation. It was carried out in two rural environments of Rio Grande do Sul: Rural environment I – Ilha dos Marinheiros in Rio Grande and Rural environment II – rural area of Uruguaiana. The sample was composed of 259 farmworkers. It was used for data collecting a tool containing social, economic and demographic variables, aspects of work process and barrier and facilitator levels related to workforce (family support, community support and tools/equipment used for work development) and health (health services, support and individual attitudes of health professionals) according to International Classification of Functioning, Disability and Health. It was used the Statistical Package for the social Sciences software version 20.0 for statistical analysis. The numeric variables were presented in terms of measures of central tendencies and dispersion measures. It was used the Kolmogorov-Smirnov for normality/symmetry of numeric data verification. It was used the Chi-Square of Pearson- $\chi^2$  for analyzing nominal association of data and it was used the coefficient of Correlation Rho of Spearman for analyzing numeric data. It was used the Mann-Whitney test for median comparison test for variables with two categories and the Kruskal-Wallis test for variables with more than two categories, considering  $p < 0,05$  as statistical significance. The farmworkers of environments investigated have presented different barrier levels of environmental factors related to workforce and health. The environmental factors related to workforce were considered light barriers for the performance in the work of farmworkers of the environment I and none barrier for work performance of farmworkers of environment II. In terms of health services, workers of environment I have experienced higher levels of facilitators than barriers. The support and individual attitudes of health professionals were evaluated as considerable facilitators for farmworkers of environment I, as moderate facilitators for farmworkers of environment II and with none barrier for performance of activities and participation in both environments. The study confirms the thesis that the levels of barriers and facilitators of environmental factors related to workforce and health can influence in the performance of activities and participation of farmworkers. The results aim at the development of actions of nurse care to minimize levels of barriers and increase levels of facilitators related to workforce and health of farmworkers, with the goal of improving the performance of their activities and participation, as well as optimize health services, support and individual attitudes of health professionals.

**Descriptors:** Occupational Health; Rural Population; International Classification of Functioning, Disability and Health; Nursing.

## RESUMEN

PIEXAK, Diéssica Roggia. **Niveles de barreras y de facilitadores de factores ambientales relacionados a la fuerza de trabajo y la salud de agricultores.** 2015. 130f. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Escuela de Enfermería. Programa de Postgrado en Enfermería, Universidad Federal do Rio Grande, Rio Grande.

Este estudio objetivó identificar, en la producción científica, como la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud es utilizada por enfermeros; analizar como los agricultores evalúan los niveles de barreras y de facilitadores de factores ambientales relacionados a la fuerza de trabajo para el desempeño de sus actividades y participación en el trabajo y, analizar como los agricultores evalúan los niveles de barreras y de facilitadores de factores ambientales relacionados a la salud para el desempeño de sus actividades y participación. Estudio de abordaje cuantitativa, de carácter descriptivo y exploratorio, con delineamiento transversal, realizado en dos ambientes rurales de Rio Grande do Sul: Ambiente rural I – Ilha dos Marinheiros en Rio Grande y Ambiente rural II – zona rural de Uruguaiana. La muestra fue compuesta por 259 agricultores. Para la colecta de datos se utilizó un instrumento, conteniendo variables socioeconómicas y demográficas, aspectos del proceso de trabajo y de los niveles de las barreras y de los facilitadores relacionados a la fuerza de trabajo (apoyo de la familia, apoyo de la comunidad e instrumentos/equipamientos utilizados para el desarrollo del trabajo) y a la salud (servicios de salud, apoyo y actitudes individuales de profesionales de salud) de acuerdo con la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud. Para el análisis estadístico se contó con el auxilio del software estadístico Statistical Package for the Social Sciences versión 20.0. Las variables numéricas fueron presentadas cuanto a las medidas de tendencia central y medidas de dispersión. Para la verificación de la normalidad/simetría de los datos numéricos, se usó la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Para el análisis de asociación de los datos nominales, fue utilizada la prueba  $X^2$  de Pearson y para el análisis de los datos numéricos el coeficiente de Correlación Rho de Spearman. Para la comparación de medianas se utilizó la prueba de Mann-Whitney para variables con dos categorías y la prueba de Kruskal-Wallis para las variables con más de dos categorías, considerándose  $p < 0,05$  como significancia estadística. Los agricultores de los ambientes investigados presentaron niveles diferentes de barreras de los factores ambientales relacionados a la fuerza de trabajo y a la salud. Los factores ambientales relacionados a la fuerza de trabajo fueron considerados barreras leves para el desempeño en el trabajo de agricultores del ambiente I y ninguna barrera para el desempeño en el trabajo de agricultores del ambiente II. Quanto a los servicios de salud, los trabajadores del ambiente I evidenciaron mayores niveles de facilitadores que barreras. El apoyo y las actitudes individuales de profesionales de salud fueron evaluados como facilitadores considerables para los agricultores del ambiente I, como facilitadores moderados para los agricultores del ambiente II y como ninguna barrera para el desempeño de las actividades y participación en los dos ambientes. El estudio confirma la tesis de que niveles de barreras y de facilitadores de factores ambientales relacionados a la fuerza de trabajo y a la salud pueden influenciar en el desempeño de actividades y participación de agricultores. Los resultados direccionan para el desarrollo de acciones de cuidado de enfermería para minimizar niveles de barreras y aumentar niveles de facilitadores relacionados a la fuerza de trabajo y a la salud de agricultores, con la meta de mejorar el desempeño de sus actividades y participación, bien como optimizar los servicios de salud, apoyo y actitudes individuales de profesionales de salud.

**Descriptor:** Salud del Trabajador; Población Rural; Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud; Enfermería.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**ASCAR** – Associação Sulina de Crédito e Assistência Rural

**CIF** – Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde

**CNES** – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde

**CNPq** – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

**EMATER** – Associação Rio-grandense de Empreendimentos de Assistência Técnica e Extensão Rural

**ESF** – Estratégia Saúde da Família

**FURG** – Universidade Federal do Rio Grande

**IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**ICONE** – Instituto de Estudos do Comércio e Negociações Internacionais

**INSS** – Instituto Nacional do Seguro Social

**LAMSA** – Laboratório de Estudos de Processos Socioambientais e Produção Coletiva de Saúde

**LASTRA** – Laboratório Socioambiental de Saúde do Trabalhador

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

**PNSTT** – Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

**RS** – Rio Grande do Sul

**SPSS** – Software Statistical Package for the Social Sciences

**TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Equipe de saúde correspondente às unidades de saúde dos ambientes rurais.....	42
Quadro 2 – Variáveis utilizadas para compor o estudo.....	45
Quadro 3 – Modelo esquemático dos fatores ambientais relacionados à força de trabalho e à saúde de agricultores.....	50
Quadro 1 – Artigos selecionados (Artigo 1).....	58
Quadro 2 – Artigos selecionados (Artigo 1).....	62
Quadro 1 – Modelo esquemático dos fatores ambientais relacionados à força de trabalho de agricultores (Artigo 2).....	82
Quadro 1 – Modelo esquemático dos fatores ambientais relacionados à saúde de agricultores (Artigo 3).....	101

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características gerais dos agricultores de dois ambientes rurais e a diferença entre esses ambientes (Artigo 2) .....	83
Tabela 2 – Comparações acerca dos níveis de barreiras e facilitadores de fatores ambientais relacionados à força de trabalho entre os ambientes rurais (Artigo 2).....	84
Tabela 3 – Comparações acerca dos níveis de barreira e facilitador dos instrumentos/equipamentos para o trabalho para os agricultores que utilizavam diferentes instrumentos de trabalho de dois ambientes rurais (Artigo 2).....	85
Tabela 4 – Comparações acerca dos níveis das barreiras e dos facilitadores dos fatores ambientais relacionados à força de trabalho entre mulheres e homens de dois ambientes rurais (Artigo 2).....	86
Tabela 5 – Análise de correlação acerca dos níveis de barreiras e dos facilitadores dos fatores ambientais relacionados à força de trabalho com as características gerais de agricultores de dois ambientes rurais (Artigo 2).....	88
Tabela 1 – Caracterização de agricultores de dois ambientes rurais, segundo variáveis socioeconômicas e demográficas (Artigo 3).....	103
Tabela 2 – Comparações dos níveis de barreiras e facilitadores dos fatores ambientais relacionados à saúde entre os ambientes rurais (Artigo 3).....	104
Tabela 3 – Comparações entre os níveis de barreiras e facilitadores dos fatores ambientais relacionados à saúde e o tipo de serviços de saúde utilizados de dois ambientes rurais (Artigo 3).....	105
Tabela 4 – Análise de correlação acerca das barreiras e dos facilitadores dos fatores ambientais relacionados à saúde e de profissionais de saúde com as características socioeconômicas e demográficas de agricultores de dois ambientes rurais (Artigo 3).....	107
Tabela 5 – Comparação acerca das barreiras e facilitadores dos serviços de saúde entre mulheres e homens agricultores de dois ambientes rurais (Artigo 3).....	108

## SUMÁRIO

### APRESENTAÇÃO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>17</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>23</b>
2.1	CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE – CIF.....	23
2.2	UTILIZAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE: possibilidades e limites para a prática de enfermagem.....	29
2.3	O AGRICULTOR E O PROCESSO DE TRABALHO RURAL NA RELAÇÃO COM OS FATORES AMBIENTAIS DE ACORDO COM A CIF.....	33
<b>3</b>	<b>MATERIAL E MÉTODOS.....</b>	<b>38</b>
3.1	ETAPA DE REVISÃO INTEGRATIVA.....	38
3.2	ETAPA EMPÍRICA.....	40
<b>3.2.1</b>	<b>Aspectos ambientais dos locais do estudo.....</b>	<b>40</b>
<b>3.2.2</b>	<b>Sujeitos do estudo.....</b>	<b>43</b>
<b>3.2.3</b>	<b>Estudo-Piloto.....</b>	<b>44</b>
<b>3.2.4</b>	<b>Coleta de dados.....</b>	<b>44</b>
<b>3.2.5</b>	<b>Descrição das questões do estudo.....</b>	<b>45</b>
<b>3.2.6</b>	<b>Análise dos dados.....</b>	<b>50</b>
3.3	ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO.....	51
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>52</b>
4.1	ARTIGO 1 – Utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde por enfermeiros: uma revisão integrativa.....	53
4.2	ARTIGO 2 – Fatores ambientais relacionados à força de trabalho: níveis de barreiras e facilitadores para agricultores.....	76
4.3	ARTIGO 3 – Níveis de barreiras e de facilitadores de fatores ambientais relacionados à saúde: avaliação de agricultores.....	97
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>118</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>121</b>
	<b>ANEXOS</b>	

## APRESENTAÇÃO

O presente estudo é parte integrante de um macro projeto de pesquisa intitulado “Natureza humana da força de trabalho masculina e feminina: um estudo com trabalhadores (as) em dois ambientes rurais do Rio Grande do Sul”, desenvolvido pelo grupo de pesquisa denominado Laboratório de Estudos de Processos Socioambientais e Produção Coletiva de Saúde – LAMSA. Está vinculado à linha de pesquisa – Organização do Trabalho da Enfermagem/Saúde do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – FURG.

O LAMSA se preocupa com uma visão socioambiental da saúde humana ao criar uma interface entre trabalho, saúde e ambiente voltada para a produção coletiva de saúde. O laboratório propõe a elaboração de categorias conceituais para a definição de temáticas que possam ser desdobradas em ações operativas no campo de práticas da Saúde Coletiva, na particularidade da Enfermagem de Saúde Pública, de forma a contemplar as dimensões ecológica, biológica, psicológica, sociológica, cultural e histórica das coletividades humanas de trabalho (CEZAR-VAZ, 2014).

Uma das discussões realizadas no grupo refere-se aos diferentes temas acerca do ambiente como ecossistema humano e a sua relação com a saúde, o que requer o conhecimento de diferentes ciências para articular o silogismo saúde, trabalho e ambiente numa abordagem que busca a construção de comunidades saudáveis e sua sustentabilidade. Assim, este estudo surge do interesse em aprofundar conhecimentos teórico-empíricos acerca de fatores ambientais relacionados à força de trabalho e à saúde na particularidade de agricultores de dois ambientes rurais do Rio Grande do Sul.

Compreendendo que não há como dissociar a relação saúde/trabalho/ambiente, diante da perspectiva de que o processo de trabalho rural age diretamente na saúde do agricultor e que os fatores ambientais interferem de maneira negativa e/ou positiva no processo de saúde/doença desses agricultores, torna-se necessário investigar tais aspectos.

Além disso, a agricultura no Brasil possui um importante papel na geração de emprego e renda na zona rural, com expressivo desenvolvimento na produção de alimentos. Logo, ao considerar a agricultura como uma atividade significativa para a subsistência familiar é necessário analisar os fatores ambientais relacionados à força de trabalho e à saúde do agricultor, seja o impacto negativo ou positivo, com vistas a orientá-lo acerca das barreiras e/ou facilitadores decorrentes do processo de trabalho

que podem levá-lo a níveis maiores ou menores de funcionalidade e capacidade orgânica.

Nesta perspectiva, os enfermeiros necessitam atuar na promoção da saúde dos agricultores, estimulando-os a valorizar a saúde socioambiental ao conduzir seus afazeres, auxiliando-os na incorporação de cuidados e saberes individuais e coletivos, que merecem ser valorados durante a realização do seu trabalho. O que pode favorecer uma melhor funcionalidade e capacidade orgânica desses agricultores ao longo dos anos.

A presente tese encontra-se organizada na seguinte sequência: introdução, revisão da literatura, material e métodos, resultados e discussão e considerações finais, seguidos das referências utilizadas e apêndices, descritos a seguir.

Na Introdução apresenta-se a temática funcionalidade, capacidade orgânica e fatores ambientais relacionados à força de trabalho e à saúde na contextualização com o ambiente rural e o processo de trabalho dos agricultores. Também, são destacadas as questões de pesquisa, a tese e os objetivos do estudo.

No segundo capítulo é apresentado a CIF como estrutura teórica da presente tese. Optou-se pela CIF devido apresentar-se como um instrumento de trabalho para os enfermeiros avaliarem níveis de barreiras e de facilitadores dos fatores ambientais relacionados à força de trabalho e à saúde para o desempenho de atividades e participação de agricultores. Ainda, apresenta-se como a CIF é utilizada pelos enfermeiros e suas possibilidades e limites para a prática de enfermagem para posteriormente destacar o agricultor e o processo de trabalho rural na relação com os fatores ambientais de acordo com a CIF.

No Material e Métodos, realiza-se uma descrição das trajetórias metodológicas, destacando as técnicas que foram utilizadas nas etapas de revisão integrativa e empírica da tese, bem como os aspectos éticos seguidos.

No capítulo dos Resultados e discussão, são apresentados e discutidos os resultados no formato de três artigos. O primeiro, intitulado “Utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde por enfermeiros: uma revisão integrativa” refere-se à revisão integrativa realizada para a visualização de algumas lacunas do conhecimento em relação à utilização da CIF na enfermagem direcionando o desenvolvimento da etapa empírica. O segundo, denominado “Fatores ambientais relacionados à força de trabalho: níveis de barreiras e facilitadores para agricultores” analisa os fatores ambientais do apoio da família, da comunidade e dos

instrumentos/equipamentos utilizados para o desenvolvimento do trabalho, como fatores ambientais relacionados à força de trabalho, para posteriormente, apresentar o terceiro artigo “Níveis de barreiras e de facilitadores de fatores ambientais relacionados à saúde: avaliação de agricultores”, que aborda os aspectos relacionados aos serviços de saúde, apoio e atitudes individuais de profissionais de saúde, fundamentais para o desempenho de atividades e participação de agricultores.

Nas Considerações finais, último capítulo, apresenta-se a síntese dessa tese, com ênfase para os principais achados e limitações do estudo. Confirma-se a tese de que níveis de barreiras e de facilitadores de fatores ambientais relacionados à força de trabalho e à saúde podem influenciar no desempenho de atividades e participação de agricultores.

## 1 INTRODUÇÃO

Os agricultores no Brasil correspondem a 16 milhões de pessoas (IBGE, 2010), os quais corroboram para que o país seja reconhecido como o quinto maior produtor agrícola do mundo, com produção somando cerca de 100 bilhões de dólares (ICONE, 2014). Nesse entendimento, destaca-se a importância que a produção agrícola possui para o país, tanto interna quanto externamente.

Contudo, enfatiza-se que, de acordo com o Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), as aposentadorias rurais por invalidez concedidas no país, por sexo do segurado foram um total de 26.651, dessas 16.434 para homens e 10.217 para mulheres. Considerando a faixa etária de 20 a 64 anos tem-se um total de 26.184, 16.187 para homens e 9.997 para mulheres (BRASIL, 2013).

As causas que mais levaram a aposentadorias rurais por invalidez foram: doenças do aparelho circulatório (3.032 pessoas), doenças do tecido osteomuscular e tecido conjuntivo (2.479 pessoas), lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (1.483 pessoas) e neoplasias (1.477 pessoas) (BRASIL, 2013). Se considerarmos apenas o Estado do Rio Grande do Sul (RS) o número de aposentadorias rurais por invalidez foram 2.369. Esses dados não incluem as aposentadorias por invalidez relacionadas aos acidentes de trabalho, o que levaria a maiores registros de invalidez (BRASIL, 2013).

Esses dados evidenciam uma realidade que preocupa a saúde pública do país e exige uma maior atenção das políticas governamentais para a força de trabalho da agricultura, os agricultores, de forma a atender as suas necessidades de saúde de acordo com o ambiente em que estão inseridos. Isso nos faz pensar também em o que se tem realizado para diminuir/aumentar os níveis de barreiras/facilitadores dos fatores ambientais relacionados à força de trabalho e à saúde de agricultores para o desempenho de atividades e participação, seja para o trabalho ou para outros aspectos da vida.

Para tanto, um dos objetivos da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) diz respeito à garantia de ações de saúde do trabalhador em todas as instâncias e pontos da Rede de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2012). Outro aspecto a ser destacado é a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) como estrutura de trabalho, aprovada em 2001 na 54ª Assembleia da Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 2001).

Essa classificação oportuniza uma linguagem unificada para os profissionais das diversas áreas do conhecimento, em especial para os profissionais da saúde. Ela fornece subsídios para a descrição da saúde e de estados relacionados com a saúde. Apresenta as definições de funcionalidade e incapacidade, entendendo que o termo funcionalidade engloba todas as funções do corpo, atividades e participação e a incapacidade inclui deficiências, limitação da atividade ou restrição na participação (WHO, 2001).

A funcionalidade é priorizada, conforme a CIF, como componente da saúde, considerando o ambiente como um facilitador ou como uma barreira para o desempenho das atividades e da participação. Atividade pode ser definida com a execução de uma tarefa ou ação por uma pessoa, enquanto que a participação é o envolvimento dessa pessoa numa situação da vida. O ambiente é compreendido como ambiente habitual da pessoa, incluindo o contexto social, o qual considera os fatores ambientais – aspectos do mundo físico, social e atitudinal. Assim, a incapacidade é o resultado de um conjunto de situações e condições que abrangem o ambiente, as condições de vida e as condições pessoais (WHO, 2001).

Os fatores ambientais selecionados para esse estudo, de acordo com a CIF, são: instrumentos/equipamentos para o trabalho; apoio da família, da comunidade e dos profissionais de saúde; atitudes individuais de profissionais da saúde; e, serviços de saúde. A CIF foi utilizada nesse estudo como estrutura teórica para investigar, de acordo com os agricultores, os níveis de barreiras e facilitadores dos fatores ambientais relacionados à força de trabalho (apoio da família, apoio da comunidade e instrumentos/equipamentos utilizados para o desenvolvimento do trabalho) e à saúde (serviços de saúde, apoio e atitudes individuais de profissionais de saúde) (WHO, 2001).

Os agricultores necessitam serem estudados em decorrência das particularidades que apresentam e que diferem de outros trabalhadores. Essas são desde os aspectos de densidade populacional e distribuição geográfica no ambiente rural, características culturais desses trabalhadores, aspectos relacionados ao próprio processo de trabalho e menor disponibilidade de serviços de saúde (PERES, 2009).

Nessa perspectiva, atentar para a saúde dos agricultores torna-se imprescindível para a subsistência de famílias agricultoras, considerando que o processo de trabalho rural expõem esses agricultores a inúmeros riscos para a saúde, podendo comprometer o desempenho de suas atividades e participação ao longo dos anos. Cabe destacar, que os agricultores desenvolvem o trabalho sobre diferentes condições climáticas, com uma

rotina intensa de trabalho e com uma variedade de tarefas. Além disso, esses agricultores estão envelhecendo e, conseqüentemente, trabalhando com diminuição da funcionalidade, o que pode comprometer tanto a saúde desses agricultores como a produção agrícola, ocasionado prejuízos à economia, além de custos aos serviços de saúde (TODD, 2006; ESCORPIZO; GLÄSSEL, 2013).

Enfatiza-se que o trabalho caracteriza-se como uma atividade essencialmente humana e, para ser realizado, necessita de fatores objetivos, os quais compreendem os meios de produção e, o fator subjetivo, constituído pela força de trabalho (MARX, 1982). O processo de trabalho rural envolve o homem e a natureza, sendo composto pelos seguintes elementos: a atividade adequada a um fim, isto é, o próprio trabalho rural; a matéria a que se aplica o trabalho, o objeto de trabalho; e, os meios de trabalho, o instrumental de trabalho (MARX, 1982).

Assim, nesse estudo, são identificados como fatores objetivos/meios de produção, a propriedade de cultivo, os instrumentos/equipamentos para o trabalho, bem como o apoio da comunidade, por meio da Associação Rio-grandense de Empreendimentos de Assistência Técnica e Extensão Rural (EMATER), do Centro de Hortifrutigranjeiros, das Associações de Agricultores, da Secretaria Municipal da Agricultura e dos serviços de transportes, enquanto que o apoio tanto da família como da comunidade, no desenvolvimento do trabalho rural, são à força de trabalho, ambos fundamentais para o processo de trabalho rural.

Destaca-se que a CIF, de acordo com a OMS (2001), vem sendo utilizada como ferramenta estatística, investigativa, clínica, de política social e pedagógica. Sua utilização tem compreendido os setores de seguros, segurança social, trabalho, educação, economia, política social, desenvolvimento de políticas e de legislação em geral e alterações ambientais. A CIF na prática clínica é utilizada por várias especialidades, contribuindo na avaliação e na tomada de decisões. Sua aplicação político-social se revela em alguns países no enquadramento de alterações legislativas ou políticas e de regulação social. Já no sistema educativo como estrutura conceitual para o processo de ensino/aprendizagem ou de unidades curriculares (FONTES; FERNANDES; BOTELHO, 2010).

As publicações relacionadas com a CIF estão aumentando, porém se evidenciam nas áreas de reabilitação, pediatria, cuidados a idosos, doenças crônicas, acidente vascular cerebral, lesão medular e doenças mentais, desenvolvidas principalmente por

fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, médicos e fisioterapeutas (KEARNEY; PRYOR, 2004).

No Brasil, na área da Enfermagem, a utilização da CIF tem sido apresentada na prática clínica dos enfermeiros, como referencial para planejar e elaborar uma tecnologia de assistência para reduzir o nível de dependência e auxiliar no desempenho das atividades cotidianas e de autocuidado para paciente com lesão traumática cerebral de grande porte (MACHADO; de FIGUEIREDO, 2009) e como referencial teórico para a pesquisa em enfermagem, com o objetivo de identificar elementos da CIF aplicáveis ao cuidado domiciliar de homens adultos tetraplégicos (MACHADO; SCRAMIN, 2010).

No cenário internacional, as pesquisas relacionadas à utilização da CIF na área da Enfermagem destacam-se nos países Alemanha e Suíça, os quais possuem pesquisadores colaboradores entre si. Cabe destacar que a maioria desses pesquisadores faz parte do Centro Colaborador de Pesquisa da CIF da OMS. A utilização da CIF internacionalmente apresenta-se na prática clínica da enfermagem (HEINEN; et al., 2005; BOLDT; et al., 2005; VAN ACHTERBERG; et al., 2005; PAJALIC; et al., 2006; BOLDT; et al., 2007; MUELLER; et al., 2008; RAUCH; et al., 2009; MUELLER; et al., 2010; BOLDT; et al., 2012; LAKKE; et al., 2013), no ensino de estudantes de enfermagem e de enfermeiros (KEARNEY; PRYOR, 2004; PRYOR; et al., 2004; CAMPBELL, 2009; BOLDT; et al. 2010) e na pesquisa em enfermagem (WANG; et al., 2005; PAJALIC; et al., 2006; KANERVISTO; et al., 2007; MUELLER; et al., 2008; HOWARD; et al., 2008; CAMPBELL, 2009; RAUCH; et al., 2009; BOLDT; et al., 2010; KIM; COENEN, 2011; JOHANSSON; et al., 2013; LAKKE; et al., 2013), com ênfase principal para a área da reabilitação e com poucas evidências do seu uso na área da saúde do trabalhador.

Ao comparar as publicações da enfermagem relacionadas com a CIF com outras áreas do conhecimento evidencia-se que as publicações da enfermagem ainda são reduzidas e que é necessário que os enfermeiros invistam nessas investigações, visto que, a CIF é uma classificação de referência para todas as disciplinas em todos os países do mundo (JELSMA, 2009). Em Taiwan, por exemplo, a partir do ano de 2012, a Lei de Proteção dos Direitos e Interesses dos Cidadãos com Deficiência exige que os prestadores de cuidados em saúde avaliem o nível de deficiência conforme a CIF, o que requer conhecimento da CIF por parte dos enfermeiros (SHEN; CHEN, 2012).

A utilização da CIF oportuniza aos profissionais de saúde uma linguagem padronizada entre as diferentes disciplinas e ambientes de saúde (MRAYYAN, 2005), auxiliando na troca de informações entre esses profissionais de saúde (STEINER; et al., 2002). No entanto, mais investigações são necessárias para abordar o conteúdo da CIF em relação à enfermagem, especialmente o seu uso no atendimento ao paciente e a capacidade dos enfermeiros para registrar e comunicar informações específicas de enfermagem. Isso requer que a CIF seja ampliada e detalhada para o conhecimento de enfermagem na atenção à saúde (FLORIN; et al., 2013).

A partir dessa perspectiva, este estudo busca ampliar os conhecimentos científicos na área da Enfermagem, para identificar níveis de barreiras e de facilitadores dos fatores ambientais relacionados à força de trabalho e à saúde de agricultores. Assim, visualiza-se a CIF como um importante instrumento de trabalho para os enfermeiros, justificando esse estudo, contribuindo para se pensar na relação saúde/trabalho/ambiente, auxiliando na tomada de decisões e no desenvolvimento de estratégias em saúde para esse grupo de trabalhadores.

Diante do exposto, buscando compreender os níveis de barreiras e facilitadores dos fatores ambientais relacionados à força de trabalho e à saúde de agricultores para o desempenho de suas atividades e participação, de acordo com a CIF emergiram as seguintes **questões de pesquisa**:

- Como a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde é utilizada pelos enfermeiros na produção científica?
- Como os agricultores avaliam os níveis das barreiras e dos facilitadores de fatores ambientais relacionados à força de trabalho para o desempenho de suas atividades e participação no trabalho?
- Como os agricultores avaliam os níveis das barreiras e dos facilitadores referentes aos fatores ambientais relacionados à saúde para o desempenho de suas atividades e participação?

No intuito de responder as questões de pesquisa, tiveram-se como **objetivos**:

- Identificar, na produção científica, como a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde é utilizada por enfermeiros.
- Analisar como os agricultores avaliam os níveis de barreiras e de facilitadores de fatores ambientais relacionados à força de trabalho para o desempenho de suas atividades e participação no trabalho.
- Analisar como os agricultores avaliam os níveis de barreiras e de facilitadores de fatores ambientais relacionados à saúde para o desempenho de suas atividades e participação.

Buscou-se defender a **tese** de que: níveis de barreiras e de facilitadores de fatores ambientais relacionados à força de trabalho e à saúde podem influenciar no desempenho de atividades e participação de agricultores.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

Nesse capítulo, será apresentado a CIF como estrutura teórica da presente tese. Optou-se pela CIF devido apresentar-se como um instrumento de trabalho para os enfermeiros avaliarem níveis de barreiras e de facilitadores dos fatores ambientais relacionados à força de trabalho e à saúde para o desempenho de atividades e participação de agricultores. Assim, aborda-se a seguir o histórico do desenvolvimento da CIF e os principais conceitos utilizados nesse trabalho. Ainda, apresenta-se como a CIF é utilizada pelos enfermeiros e suas possibilidades e limites para a prática de enfermagem para posteriormente destacar o agricultor e o processo de trabalho rural na relação com os fatores ambientais de acordo com a CIF.

### 2.1 CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE – CIF

Na 54ª Assembleia da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2001 foi aprovada a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), com o objetivo de proporcionar uma linguagem unificada e uma estrutura de trabalho para a descrição da saúde e de estados relacionados com a saúde (WHO, 2001).

A CIF representa uma revisão da Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (*International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps – ICIDH*), publicada pela OMS em 1980. Essa foi concebida como uma classificação multidisciplinar para as consequências de doenças. Na época, a classificação foi descrita como uma ferramenta útil em estudos (HEINEN; VAN ACHTERBERG; ROODBOL, et al., 2005).

A ICIDH ofereceu também um sistema de conceitos intimamente relacionados, deficiências (*impairments*), incapacidades (*disabilities*) e desvantagens (*handicaps*), que buscava dar estrutura para as consequências das doenças. Deficiência era conceituada como qualquer perda ou anormalidade de órgãos, sistemas ou estruturas do corpo; incapacidade qualquer restrição ou falta (resultante de deficiência) na capacidade de realizar uma atividade na forma ou dentro da faixa considerada normal para um ser humano; e, desvantagem era resultante da deficiência ou incapacidade, que limita ou impede a realização de uma atividade considerada normal (dependendo da idade, sexo e fatores sociais e culturais) para o indivíduo (WHO, 1980).

No entanto, a ICDH foi objeto de muitas críticas devido à linguagem utilizada, o viés cultural, a falta de clareza sobre as relações temporais e causais, entre outras, que referiram à incompletude da classificação e do uso de termos negativos e conceitos vagos. Frente a isso, iniciou-se em 1992 um processo de revisão. Nesta revisão, o nome da classificação foi alterada para *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps – ICDH-2* (HALBERTSMA; HEERKENS; HIRS, et al., 2000).

Após anos de estudos, em julho de 2001 é aprovada a versão atual da *International Classification of Functioning, Disability and Health* (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF), providenciando um novo entendimento para os conceitos de saúde, funcionalidade e incapacidade (WHO, 2001), o que representou um dos marcos mais importantes da reabilitação (WADE; HALLIGAN, 2003).

A CIF faz parte da “família” das classificações desenvolvidas pela OMS. A família de classificações internacionais da OMS, objetiva proporcionar um sistema para a codificação de informações sobre saúde, utilizando uma linguagem padronizada que oportuniza a comunicação acerca da saúde e de cuidados em saúde em todos os países, entre diversas disciplinas e ciências (WHO, 2001).

A OMS é uma organização internacional das Nações Unidas responsável pela saúde. Especialistas da OMS elaboram diretrizes e normas sanitárias, ajudando os países a abordar as questões de saúde pública. A OMS também apoia e promove a pesquisa em saúde e é por meio dela que os governos podem enfrentar conjuntamente questões globais de saúde e melhorar o bem estar das pessoas (OMS, 2006).

É formada por 192 Estados Membros, os quais governam a instituição por meio de Assembleias Mundiais de Saúde, na qual apenas têm direito a voto os representantes oficiais dos Estados Membros. Atualmente, a OMS apresenta uma estrutura com seis Regiões (Américas, África, Europa, Mediterrâneo Oriental, Sudeste Asiático e Pacífico Ocidental) e uma Sede Central, localizada em Genebra. Cada Região possui um Comitê Regional e uma Secretaria. As reuniões do Comitê são a cada ano e contam com a representação de todos os países da Região. A Secretaria atua como um Escritório Regional e é presidida por um diretor geral, eleito pelo Comitê Regional, ratificado pelo conselho Executivo da OMS e nomeado pelo diretor geral da OMS (OMS, 2006).

Nas classificações internacionais da OMS os estados de saúde (doença, perturbações, entre outros) são classificados conforme a Classificação Internacional de

Doenças, Décima revisão (CID10), a qual fornece estrutura de base etiológica. Enquanto que a funcionalidade e a incapacidade associadas aos estados de saúde são classificadas na CIF. Logo, a CID10 e a CIF são complementares e possibilitam um olhar ampliado e significativo da saúde das pessoas ou da população, o que pode contribuir para a tomada de decisões (WHO, 2001).

A CIF diferencia-se da CID10 por apresentar elementos, denominados – Fatores Contextuais – que apresentam a sociedade como corresponsável na constituição de barreiras que impedem uma melhor funcionalidade das pessoas avaliadas (WHO, 2001). Assim, o modelo atual da CIF baseia-se na articulação dos modelos biomédico e social, utilizando uma abordagem biopsicossocial para visualizar a integração das diversas dimensões da saúde (biológica, individual e social) (WHO, 2001). Nesse sentido, o modelo biomédico seria representado pela ideia de que o problema centra-se na pessoa; já a incapacidade seria causada pela doença ou pela deficiência. Este modelo tem por objetivo erradicar o problema através da cura, da adaptação ou da mudança de comportamento, tendo como implicação política, a mudança ou reforma nas políticas de saúde. A assistência médica se constitui como o principal foco (WHO, 2001).

Já no modelo social a incapacidade não é característica de uma pessoa, mas sim um conjunto complexo de condições, muitas das quais criadas pelo ambiente social. A solução do problema requer uma ação social e é da responsabilidade coletiva da sociedade fazer as modificações ambientais necessárias. Logo, torna-se uma questão atitudinal e ideológica, transformando-se numa questão de direitos humanos (WHO, 2001).

Ao buscar estabelecer essa relação dos modelos biomédico e social na constituição da CIF a OMS dá um passo significativo na concepção de saúde que apresentava, pois busca superar apenas a ideia de um desvio da normalidade biológica. Apontando, também, para os fatores de ordem social que implicam na funcionalidade e na incapacidade das pessoas.

Os conceitos contidos na CIF apresentam um novo paradigma para pensar e trabalhar a funcionalidade/incapacidade, as quais são determinadas por condições de saúde/doença, contexto (ambiente físico e social), diferentes percepções culturais e atitudes em relação à deficiência e pela disponibilidade de serviços e legislação (OMS, 2006).

Salienta-se que a CIF organiza a informação em duas partes e cada parte possui dois componentes. A primeira parte é constituída pela funcionalidade e incapacidade e

seus componentes são: corpo; atividades e participação. O componente Corpo inclui duas classificações, uma para as funções dos sistemas orgânicos e outra para as estruturas do corpo. Nas duas classificações os capítulos estão organizados de acordo com os sistemas orgânicos. O componente Atividades e Participação cobre a faixa completa de domínios que indicam os aspectos da funcionalidade, tanto na perspectiva individual como social (WHO, 2001).

A segunda parte se refere aos fatores contextuais e seus componentes são: fatores ambientais e fatores pessoais. O componente, fatores ambientais têm um impacto sobre todos os componentes da funcionalidade e da incapacidade e estão organizados de forma sequencial, do ambiente mais imediato do indivíduo ao ambiente geral. Os fatores pessoais ainda não são classificados pela CIF devido à grande variação social e cultural associada aos mesmos (WHO, 2001).

Nesse estudo, utilizaram-se os fatores ambientais relacionados à força de trabalho (apoio da família, apoio da comunidade e instrumentos/equipamentos utilizados para o desenvolvimento do trabalho) e à saúde (serviços de saúde, apoio e atitudes individuais de profissionais de saúde).

Compreende-se por apoio da família (e310<sup>1</sup>), como força de trabalho, o apoio prático no desenvolvimento do trabalho na agricultura, seja do cônjuge, filhos, irmãos, pais, entre outros; o apoio da comunidade (e325<sup>1</sup>), também como força de trabalho, como o apoio prático de membros da comunidade no desenvolvimento do trabalho agrícola; os instrumentos/equipamentos (e1350<sup>1</sup>) como aqueles utilizados para facilitar o desenvolvimento do trabalho na agricultura; e, o apoio da comunidade, como fator objetivo, como o apoio e o envolvimento dos membros da comunidade em interesses comuns e que compartilham características demográficas, como por exemplo: EMATER, Centro de Hortifrutigranjeiros, Associações de Agricultores, Secretaria Municipal da Agricultura e serviços de transportes (WHO, 2001).

Assim como, compreendem-se por serviços de saúde (e580<sup>1</sup>): serviços de nível local e comunitário que têm por finalidade proporcionar intervenções junto às pessoas para o seu bem estar, financiados com recursos públicos ou privados; com mecanismos de controle administrativo e de supervisão, com leis, regulamentos e normas que regulam os serviços disponíveis. Apoio de profissionais de saúde (e355<sup>1</sup>): apoio prático de prestadores de cuidados que trabalham no contexto do sistema de saúde, como por

---

<sup>1</sup> Categorias da CIF.

exemplo, enfermeiros, fisioterapeutas, médicos, entre outros. Atitudes individuais de profissionais de saúde (e450<sup>1</sup>): opiniões e crenças gerais ou específicas de profissionais de saúde, sobre a pessoa que influenciam o comportamento e as ações individuais (WHO, 2001).

Cada parte da CIF apresenta ainda construtos que são os agentes qualificadores dos limites e possibilidades da pessoa. Todas as classificações realizadas pela CIF podem ser positivas ou negativas e são organizadas por um sistema alfanumérico, ou seja, são indicadas por codificadores (letra e números) que determinam sobre o que está se referindo, seguidos de agentes qualificadores que são representados por números. Cada componente é definido por uma letra que irá compor o codificador. As Funções do corpo são definidas pela letra “b” (*body*), as Estruturas pela letra “s” (*structure*), a Atividade e participação pela letra “d” (*domain*) e os Fatores Ambientais pela letra “e” (*enviroment*) (WHO, 2001). O código numérico será representado pelo número do capítulo correspondente, seguido do segundo, terceiro e do quarto nível se estiver classificado pela CIF. Assim, dentro de cada capítulo poderá ter dois, três ou quatro categorias de nível, especificando cada vez mais a classificação. A CIF fornece ainda uma escala de qualificação, que varia de 0 a 4 (WHO, 2001).

Para esse estudo consideraram-se os níveis (qualificadores) de barreiras e facilitadores conforme com a CIF, em uma escala de 5 pontos. Para as barreiras, 0 significa nenhuma barreira ou uma barreira de 0-4% no desempenho, 1 barreira leve ou uma barreira de 5-24% no desempenho, 2 barreira moderada ou uma barreira de 25-49% no desempenho, 3 barreira grave ou uma barreira de 50-95% no desempenho e 4 barreira completa ou uma barreira de 96-100% no desempenho. Indica-se para as barreiras um ponto entre o fator ambiental e o dígito do qualificador. Para os facilitadores, 0 significa nenhum facilitador ou um facilitador de 0-4% no desempenho, 1 facilitador leve ou um facilitador de 5-24% no desempenho, 2 facilitador moderado ou um facilitador de 25-49 % no desempenho, 3 facilitador considerável ou um facilitador de 50-95% no desempenho e 4 facilitador completo ou um facilitador de 96-100% no desempenho. Indica-se para os facilitadores um sinal de positivo entre o fator ambiental e o dígito do qualificador (WHO, 2001).

A partir dessa organização da informação a CIF vem sendo cada vez mais usada como um quadro de referência comum para todos os profissionais de saúde e desde a sua aprovação em 2001, todos os Estados membros são chamados para implementar a

CIF para vários fins, como por exemplo, ferramenta para a pesquisa, prática clínica e educação (WHO, 2001).

## 2.2 UTILIZAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE: possibilidades e limites para a prática de enfermagem

Evidências demonstraram que há tentativas de aplicação da CIF na prática clínica dos enfermeiros (HEINEN; et al., 2005; BOLDT; et al., 2005; VAN ACHTERBERG; et al., 2005; PAJALIC; et al., 2006; BOLDT; et al., 2007; MUELLER; et al., 2008; MACHADO; de FIGUEIREDO, 2009; RAUCH; et al., 2009; MUELLER; et al., 2010; BOLDT; et al., 2012; LAKKE; et al., 2013). Na maioria desses artigos a aplicação da CIF na prática clínica está delimitada na área da Enfermagem em Reabilitação (BOLDT; et al., 2005; PAJALIC; et al., 2006; BOLDT; et al., 2007; MUELLER; et al., 2008; MACHADO; de FIGUEIREDO, 2009; RAUCH; et al., 2009; MUELLER; et al., 2010; BOLDT; et al., 2012), direcionada principalmente para as intervenções de enfermagem, com pacientes em situação aguda e pós-aguda com necessidade de reabilitação (BOLDT; et al., 2005; MUELLER; et al., 2008) e pacientes com lesão medular (BOLDT; et al., 2007; BOLDT; et al., 2012).

Estudo de Boldt; et al. (2005), que buscou determinar se a CIF abrange os objetivos das intervenções de enfermagem e identificar as áreas de funcionalidade, incapacidade e saúde mais relevantes para a prática de enfermagem, verificou que 118 diferentes intervenções de enfermagem foram documentadas. Para cada intervenção, nove categorias da CIF foram identificadas. Os objetivos das intervenções de enfermagem foram relacionados a 67 diferentes categorias da CIF de segundo nível. Das 67 categorias, 30 pertencem ao componente Funções do Corpo, 19 para o componente de Estruturas do Corpo, 13 para o componente de Atividades e Participação e cinco para os fatores Ambientais que o compõem. Todas as intervenções de enfermagem registradas poderiam estar relacionadas à pelo menos uma categoria da CIF.

Mueller; et al. (2008) ao identificar categorias da CIF relevantes para a assistência de enfermagem na situação aguda e pós-aguda de reabilitação demonstrou que 87% das categorias definidas pela CIF podem estar relacionadas a objetivos de pelo menos uma variável de intervenção de enfermagem. As intervenções de enfermagem que estavam relacionadas com o maior número de categorias da CIF eram “intervenção terapêutica”, “enfermeiro-paciente e a comunicação/informações fornecida” e “mobilização”.

Estes resultados sugerem que a CIF é relevante para a Enfermagem em Reabilitação e que as tentativas de relacionar as intervenções de enfermagem aos códigos da CIF por meio do desenvolvimento de Core Sets, pode ser uma forma viável de comunicação inter-profissional, respeitando as necessidades do paciente. Assim, a CIF pode ser um instrumento útil para definir os objetivos de intervenção de enfermagem (MUELLER; et al., 2008).

Ao buscar evidenciar se a CIF abrange as intervenções de enfermagem e identificar as áreas de funcionalidade, incapacidade e saúde mais relevantes para a prática de enfermagem no tratamento de pacientes com lesão de medula espinhal, estudo demonstrou que essa iniciativa representou o primeiro passo para a identificação de uma lista de categorias de intervenção relevantes para enfermeiros no atendimento de pacientes com lesão de medula espinhal, de acordo com a linguagem da CIF (BOLDT; et al., 2007). Tal fato vem impulsionando pesquisas nessa perspectiva.

Isso é demonstrado em estudo posterior, quando resultados são apresentados destacando que a implementação da CIF contribui para o cuidado de pessoas com lesão medular ao identificar que 823 respostas foram ligadas a um conjunto de 143 categorias da CIF (BOLDT; et al., 2012).

A utilização da CIF gera um conjunto de dados que permite aos enfermeiros comparar suas contribuições para o cuidado dos pacientes com outros profissionais da saúde e em nível internacional. Porém, os autores sugerem que futuras pesquisas devem ser desenvolvidas para confirmar a utilidade desse conjunto de dados na prática clínica e contribuir para o processo de atualização da CIF (BOLDT; et al., 2012).

Tais evidências da CIF na prática clínica da enfermagem corroboram para a identificação de que o seu uso vem sendo desenvolvido principalmente na área da Enfermagem em Reabilitação. Destaca-se entre essas pesquisas, o estudo de Machado; de Figueiredo (2009) que, por meio do referencial da CIF, planejou e elaborou uma tecnologia de assistência para reduzir o nível de dependência e auxiliar no desempenho das atividades cotidianas e de autocuidado para paciente com lesão traumática cerebral de grande porte.

Dois estudos desenvolvidos em Centro Médico Universitários apresentaram a aplicabilidade da CIF na enfermagem, com foco nos processos/diagnósticos de enfermagem, conforme a Taxonomia Internacional de Diagnósticos de Enfermagem II (NANDA), suas relações conceituais e o seu uso na prática clínica (HEINEN; et al., 2005, VAN ACHTERBERG; et al., 2005). Verificou-se que a grande maioria dos temas

abordados nos diagnósticos de enfermagem podem ser classificados através da CIF e que os códigos mais identificados relacionavam-se com os componentes das Funções do Corpo e Atividades (HEINEN; et al., 2005).

Ao explorar sistematicamente a utilização da CIF por enfermeiros assistenciais, identificou-se que os números relativos aos códigos de três dígitos selecionados nos estudos foram substanciais, revelando um foco predominante nas Funções do Corpo (53%), componente de Atividade (38%), Participação (19%) e fatores Ambientais (37%) (VAN ACHTERBERG; et al., 2005), demonstrando que a CIF pode ser um instrumento de trabalho útil para classificar e comunicar aspectos de funcionalidade do paciente por enfermeiros.

Atenta-se para o fato de que os estudos relativos às intervenções de enfermagem e aos processos/diagnósticos de enfermagem na relação com a CIF, identificam facilmente os componentes Funções e Estruturas do Corpo do que Atividades e Participação, e fatores Ambientais. Isso é mais predominante porque o ambiente de cuidados de enfermagem, nestes estudos, o ambiente hospitalar, direciona para a identificação desses componentes. Porém, entende-se que é necessária a visualização pelos enfermeiros de todos os componentes da CIF para um reconhecimento ampliado das necessidades dos pacientes em reabilitação.

Estudo de Lakke; et al., (2013), apresentou a aplicabilidade da CIF na prática clínica diferentemente dos demais estudos selecionados. A CIF foi utilizada na relação com testes de Capacidade Funcional (FC) em trabalhadores saudáveis, revelando outras possibilidades de utilização. O estudo revelou que os testes de FC foram relacionados a fatores físicos, mas não para fatores psicossociais registrados no estudo. A construção do trabalho estatístico dos testes de FC manteve-se praticamente inexplicável. Uma limitação do estudo foi que o *design* transversal não é adequado para a previsão do desempenho do trabalho futuro ou da futura incapacidade para o trabalho.

Verificou-se também que a CIF contribui, como modelo conceitual, para o ensino de estudantes de enfermagem e de enfermeiros. Apresentando uma retórica abrangente, com inúmeras possibilidades de contribuição para o trabalho dos enfermeiros, contudo sem uma aplicação bem delimitada desta na prática clínica.

O modelo conceitual da CIF incentiva os estudantes de graduação em enfermagem a pensar de forma abrangente, considerando as pessoas como seres biopsicossociais, que fazem parte de grupos, como a família e a comunidade. Essas possuem papéis dentro destes grupos podendo influenciar e ser influenciado nesses

ambientes. Além disso, o modelo da CIF permite a reconceitualização do termo deficiência, entendendo-a como uma experiência humana social, política e cultural (KEARNEY; PRYOR, 2004).

Estudo que buscou evidências da CIF nas avaliações de pacientes em reabilitação realizadas por estudantes de graduação em enfermagem, verificou que há evidências dos blocos de construção da CIF nas avaliações realizadas. As avaliações foram desenvolvidas por meio do formulário de atividades de vida diária para sustentar a vida e para participar da vida. Constatou-se que a documentação das informações foi maior em relação à Função do Corpo e fatores Pessoais do que Atividades e Participação, apoiando a sugestão de que há ressonância entre os blocos de construção da CIF e a enfermagem (PRYOR; et al., 2004). Isso demonstra possibilidades de contribuição da CIF na avaliação e no planejamento das necessidades de saúde das pessoas com deficiência que estão sob os cuidados dos enfermeiros (PRYOR; et al., 2004).

Estudos (MUELLER; et al., 2008; RAUCH; et al., 2009) destacaram também a contribuição da CIF na pesquisa em enfermagem, por meio do desenvolvimento de Core Sets para intervenções de enfermagem (MUELLER; et al., 2008) e para artrite reumatóide (RAUCH; et al., 2009), podendo facilitar a aplicação na prática clínica específica da área da Enfermagem em Reabilitação. A CIF contribui ainda, para testar relações entre os testes de Capacidade Funcional em trabalhadores saudáveis (LAKKE; et al., 2013).

### 2.3 O AGRICULTOR E O PROCESSO DE TRABALHO RURAL NA RELAÇÃO COM OS FATORES AMBIENTAIS DE ACORDO COM A CIF

No Brasil a população é de 202,7 milhões de habitantes (IBGE, 2014). Dados do IBGE ainda de 2010 demonstram que no país cerca de 90 milhões de habitantes são trabalhadores, e desses mais de 16 milhões são agricultores (IBGE, 2010). Esses agricultores corroboram para que o Brasil seja reconhecido como o quinto maior produtor agrícola do mundo, com produção somando cerca de 100 bilhões de dólares, segundo dados do Instituto de Estudos do Comércio e Negociações Internacionais. Os países que superam o Brasil na produção agrícola são: China, União Europeia, Estados Unidos e Índia (ICONE, 2014).

Nesse entendimento, destaca-se a importância que a produção agrícola possui para o país e exige que a atenção das políticas governamentais seja direcionada para a saúde desses agricultores, buscando atendê-los nas suas necessidades de acordo com o ambiente em que estão inseridos.

Os agricultores estão envelhecendo e conseqüentemente trabalhando com diminuição da funcionalidade, e cada vez mais contando com os membros da família para fornecer o trabalho extra, necessário para sobreviver no ambiente atual de mudança climática e tensão agrícola (TODD, 2006). Isso porque a própria prática agrícola causa danos ao ambiente, assim como a extrapolação da utilização de máquinas, fertilizantes, defensivos e corretivos de acidez do solo, ocasionando a contaminação do solo, efeitos no aporte e qualidade da água, contaminação do ar atmosférico e, ainda, o acúmulo de resíduos, deteriorando o meio ambiente e levando a exposição dos seres humanos a situações de risco (MINAYO; MIRANDA, 2006).

Torna-se fundamental enfatizar que o Brasil rural nas últimas duas décadas tem sido submetido a dois processos econômico-sociais de maior magnitude: um vigoroso processo de modernização tecnológica, que destaca o país no cenário internacional e outro que evidencia aspectos negativos. Aspectos esses como os processos de seletividade social, os quais têm sido fortemente acentuados, diminuindo o ambiente rural brasileiro de sua força de trabalho mais ativa e potencializando o envelhecimento das famílias agricultoras, que ainda permanecem nesses ambientes (NAVARRO, PEDROSO, 2014).

Estudos evidenciam muitos esforços na área da saúde do trabalhador para prevenir a incapacidade no trabalho, e conseqüentemente sustentar a capacidade para o

trabalho. Na área da saúde do trabalhador a reabilitação profissional aparece como o ponto principal do processo para promover saúde (BULTMANN; SHERSON; OLSEN, et al., 2009; LARSSON; GARD, 2003; ESCORPIZO; RENEMAN; EKHOLM, et al., 2011; CHAMBERLAIN; FIALKA MOSER; SCHULDT EKHOLM, et al., 2009).

Cabe destacar que o trabalho se constitui como uma importante área da vida, assim a incapacidade para o trabalho pode ter consequências graves para os trabalhadores e para a sociedade como um todo. Logo, a reabilitação profissional pode ser implementada para garantir e sustentar o retorno ao trabalho (ESCORPIZO; GLÄSSEL, 2013).

A CIF tem sido usada de várias maneiras na reabilitação profissional, como base para a definição conceitual de reabilitação profissional e como uma ferramenta para desenvolver ou selecionar os domínios relacionados à funcionalidade e instrumentos de medição relevantes para a reabilitação profissional. Tornando-se, assim, uma opção viável para entender e facilitar o processo de reabilitação profissional para melhores resultados no retorno ao trabalho (ESCORPIZO; GLÄSSEL, 2013), porém destaca-se que a utilização da CIF pode ser para além da reabilitação profissional. Ela oportuniza um acompanhamento do trabalhador antes mesmo desse apresentar uma doença ou incapacidade, constituindo-se como ferramenta de promoção da funcionalidade e capacidade humana de agricultores.

A utilização da CIF permite obter dados mais específicos da funcionalidade em relação ao ambiente de trabalho e ao desempenho das atividades relacionadas a ele (PEDRO-CUESTA; COMÍN COMÍN; VIRUÉS-ORTEGA, 2010), oportunizando, por exemplo, o acompanhamento de agricultores e o desenvolvimento de avaliações para testar relações entre os testes de Capacidade Funcional em trabalhadores saudáveis (LAKKE; et al., 2013).

Ao se identificar estudos com trabalhadores saudáveis e não apenas com trabalhadores que necessitam de reabilitação profissional, evidenciam-se possibilidades para o uso da CIF por meio do acompanhamento e avaliação dos aspectos da funcionalidade desses trabalhadores, antes mesmo da necessidade de reabilitação. A partir do acompanhamento e da avaliação da funcionalidade, podem-se realizar intervenções em saúde com a perspectiva de aumentar a funcionalidade e capacidade orgânica dos trabalhadores.

Os fatores ambientais relacionados à força de trabalho e à saúde, nesse estudo, foram selecionados na CIF e correspondem ao apoio da família e da comunidade e a

utilização de instrumentos/equipamentos para o trabalho; e, serviços de saúde, apoio e atitudes individuais de profissionais de saúde (WHO, 2001). Tais fatores interagem com os componentes das funções e estruturas do corpo e as atividades e a participação fornecendo indícios de funcionalidade e incapacidade de agricultores, por meio dos níveis de barreiras e facilitadores indicados pelos próprios agricultores.

Destaca-se que proporções crescentes da população de países europeus, incluindo a Noruega, apresentam níveis de capacidade para o trabalho muito baixos para atender às demandas de trabalho, evidenciados por ausência dos trabalhadores, doenças, taxas de pensões e deficiência (OECD, 2003). Para enfrentar este desafio, os regimes de segurança social europeus enfatizam cada vez mais as habilidades funcionais dos trabalhadores em vez de déficits de saúde e restrições. O regime de segurança social norueguês introduziu a avaliação de habilidades funcionais em formulários específicos (NOU, 2000). Neste contexto, a CIF tem recebido atenção por sua estrutura conceitual consistente para definir capacidade funcional (WHO, 2001).

Estudo realizado com uma comunidade rural da Noruega, que objetivou obter dados normativos sobre a Escala de Avaliação da Função Norueguês (Norwegian Function Assessment Scale – NFAS) e examinar a confiabilidade teste-reteste da escala, apresentou como principais resultados: as mulheres, os idosos e as pessoas com níveis escolares mais baixos relataram problemas mais funcionais do que os homens, pessoas mais jovens e pessoas com níveis escolares mais elevados; os domínios, nos quais os entrevistados relataram a maioria dos problemas com atividades funcionais eram: caminhar/permanecer de pé, levantar/carregar e gerir (ØSTERÅS; BRAGE; GARRATT; et al., 2007).

Enfatiza-se que a CIF constitui-se em um instrumento capaz de gerar dados sobre a funcionalidade e capacidade humana no trabalho e sobre a influência do ambiente no desempenho das atividades ocupacionais. Nessa perspectiva, necessita-se atentar para os níveis de barreiras e de facilitadores dos fatores ambientais relacionados à força de trabalho e à saúde para o desempenho de atividades e participação de agricultores no seu ambiente de trabalho por meio da CIF. Essa poderá ser um importante instrumento de trabalho para os enfermeiros, contribuindo para se pensar na relação saúde/trabalho/ambiente, auxiliando na tomada de decisões e no desenvolvimento de ações e estratégias em saúde para os agricultores.

O processo de trabalho do ambiente rural expõem os agricultores a inúmeros riscos à saúde, que podem ser classificados em: físicos; biológicos, ergonômicos,

psicossociais, mecânicos e de acidentes (BRASIL, 2005). Os riscos que exercem influência na saúde dos agricultores podem levar a doenças/agravos como: cânceres (de pele e pulmão), bronquite crônica, asma, pneumonias, envelhecimento precoce, câibras, síncope, lombalgias, agravos psicossociais e distúrbios do sono (SILVA; NOVATO-SILVA; FARIA; et al., 2005). Esses riscos podem ser diminuídos pela utilização corretas de EPI, como, por exemplo: botas de borracha, óculos de proteção, luvas impermeáveis, macacão, chapéu de palha, avental impermeável, protetor solar, jaleco hidro-repelente, respirador, entre outros. Demonstrando que ações de promoção da saúde com destaque para informações a esses aspectos reduziriam os riscos e poderiam minimizar as incapacidades.

Estudo desenvolvido em uma região do interior do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil que objetivou investigar as condições de trabalho do trabalhador rural e sua interface com o risco de adoecimento, constatou que os trabalhadores são comprometidos com o trabalho rural, mas negligentes com o autocuidado. Outro aspecto evidenciado foi que os principais problemas de saúde referidos foram: problemas relacionados à coluna vertebral (algum tipo de desvio ou hérnia de disco), hipertensão arterial e aterosclerose ou já ter tido alguma vez o nível elevado de colesterol LDL (MENEGAT; FONTANA, 2010).

Nesse entendimento, ao atentar para as evidências relacionadas às alterações nas funções e estruturas do corpo, bem como para as atividades e participação de agricultores no seu ambiente rural necessita-se observar os fatores ambientais. Esses possuem impacto sobre todos os componentes da funcionalidade e da incapacidade e estão organizados de forma sequencial, do ambiente mais imediato do indivíduo até o ambiente geral (WHO, 2001).

Esses fatores ambientais de acordo com a CIF constituem o ambiente físico, social e atitudinal em que as pessoas vivem e conduzem sua vida, são externos as pessoas, podendo ter impacto positivo ou negativo sobre o seu desempenho e estão organizados na CIF tendo em vista dois níveis distintos: individual e social (WHO, 2001).

No nível individual considera-se o ambiente imediato da pessoa, englobando espaços como o domicílio e o local de trabalho, por exemplo. Este nível inclui as características físicas e materiais do ambiente em que a pessoa se encontra, bem como o contato direto com outras pessoas, tais como, família, colegas e pessoas desconhecidas (WHO, 2001).

No nível social consideram-se as estruturas sociais formais e informais, serviços e regras de conduta ou sistemas na comunidade ou cultura que têm um impacto sobre as pessoas. Este nível inclui organizações e serviços relacionados com o trabalho, com atividades na comunidade, com organismos governamentais, serviços de comunicação e de transporte e redes sociais informais, bem como, leis, regulamentos, regras formais e informais, atitudes e ideologias (WHO, 2001).

Nesse entendimento, os fatores ambientais interagem com os componentes das funções e estruturas do corpo e as atividades e a participação fornecendo indícios de funcionalidade e incapacidade. A incapacidade é caracterizada como o resultado de uma relação complexa entre a condição de saúde do agricultor e os fatores pessoais, com os fatores externos, que representam as circunstâncias nas quais esse vive e trabalha.

Assim, diferentes ambientes podem ter um impacto distinto sobre o mesmo agricultor com uma determinada condição de saúde. Um ambiente de trabalho com barreiras, ou sem facilitadores, vai restringir o desempenho desse agricultor, enquanto que outros ambientes mais facilitadores podem melhorar esse desempenho. Destaca-se que ao avaliar os níveis de barreiras e de facilitadores dos fatores ambientais, a partir dos agricultores, para o desempenho de suas atividades e participação, verificam-se possibilidades para desenvolver ações que diminuam níveis de barreiras e aumentam níveis de facilitadores. Portanto, a sociedade pode limitar o desempenho dos agricultores criando barreiras (por exemplo, ferramentas inapropriadas para o desenvolvimento do trabalho) ou não, fornecendo facilitadores (por exemplo, criando ferramentas adaptadas para o desenvolvimento de determinado trabalho).

Nessa perspectiva, os enfermeiros na sua prática precisam compreender o que significa funcionalidade/incapacidade para poder intervir de modo satisfatório nos fatores ambientais, melhorando as condições de vida/trabalho dos agricultores, bem como fortalecendo a sua prática clínica.

### 3. MATERIAIS E MÉTODOS

A pesquisa foi operacionalizada em dois momentos: uma etapa de revisão integrativa e uma etapa empírica. A etapa de revisão integrativa oportunizou a visualização de algumas lacunas do conhecimento em relação à utilização da CIF na enfermagem direcionando o desenvolvimento da etapa empírica.

#### 3.1 ETAPA DE REVISÃO INTEGRATIVA

Esta etapa foi desenvolvida a partir de uma revisão integrativa, a qual oportuniza uma compreensão abrangente de determinado fenômeno por meio da análise específica da literatura empírica ou teórica. Possui potencial para a construção da ciência de enfermagem, informando pesquisa, prática e iniciativas políticas, por meio da síntese de evidências (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

As evidências podem ser classificadas hierarquicamente de acordo com a abordagem metodológica utilizada nos estudos. Nesta revisão integrativa, foi empregada a seguinte classificação de nível de evidência: 1 - evidências provenientes de revisão sistemática ou metanálise de ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundas de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; 2 - evidências derivadas de, pelo menos, um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; 3 - evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; 4 - evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; 5 - evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; 6 - evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo e 7 - evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2005).

O conhecimento desse sistema de classificação de evidências nas publicações relacionadas com a CIF é fundamental para que se possa avaliar de maneira crítica os resultados derivados dessas pesquisas, auxiliando na tomada de decisões acerca da incorporação das evidências à prática clínica (GALVÃO, 2006).

Para a elaboração dessa revisão integrativa foram seguidas seis etapas: 1) definição das questões norteadoras; 2) estabelecimento de critérios de inclusão/exclusão (seleção dos artigos); 3) definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados; 4) análise dos estudos incluídos; 5) interpretações dos resultados e 6)

apresentação da revisão integrativa (WHITTEMORE; KNAFL, 2005). Como questões norteadoras do estudo, definiu-se: Como a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde é utilizada pelos enfermeiros? Quais são os ambientes em que a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde é utilizada? Como a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde contribui para o trabalho dos enfermeiros?

Como estratégia de busca dos artigos delimitou-se o período de 2001 a dezembro de 2013 a partir das bases de dados MEDLINE/NML/PubMed, GALE, Web of science, LILACS, CINAHL e SCIELO. Os termos de pesquisa foram "Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde" e "Enfermagem". A busca dos artigos foi finalizada em 06 de dezembro de 2013.

Os critérios de inclusão foram: artigos completos disponíveis eletronicamente nas bases de dados MEDLINE/NML/PubMed, GALE, Web of science, LILACS, CINAHL e SCIELO; que atendessem o objetivo da investigação; publicados a partir de maio de 2001, período da aprovação do atual modelo da CIF pela Assembleia Mundial da Saúde (WHO 2001); com pelo menos um autor enfermeiro; apresentação de resumo para primeira análise; procedência nacional e internacional nos idiomas português, inglês e espanhol. Excluíram-se: resumos publicados em anais, capítulos de livros, teses, dissertações e editoriais.

Para a seleção dos artigos, realizou-se a leitura e análise dos resumos, com a finalidade de refinar a amostra de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Foram considerados apenas uma vez os artigos repetidos em mais de uma base de dados. No quadro 1 dos resultados apresentam-se os artigos e suas respectivas bases de dados (ARTIGO I).

A estratégia de busca resultou em um total de 130 referências, muitas das quais eram duplicatas. A partir da análise completa, um total de 22 artigos foram obtidos: 17 da MEDLINE/NLM/PubMed, três da Web of Science, um da LILACS e um do CINAHL. Nenhum artigo foi selecionado a partir SCIELO, visto que a publicação selecionada anteriormente na SCIELO já havia sido selecionada por meio de outra base de dados.

Os estudos foram inicialmente divididos em grupos, de acordo com a abordagem metodológica (qualitativos, quantitativos, discussões teóricas, críticas e modelo teórico). Eles foram avaliados por meio da utilização de um *checklist* para a avaliação da qualidade, desenvolvido por Bowling (2002) e modificado por Desborough; et al.

(2012). Como é apropriada para uma revisão integrativa, essa avaliação incluiu a clareza dos objetivos, métodos, análises estatísticas, discussão e implicações.

Para a abstração dos dados e síntese, foram seguidos os métodos preconizados por Whitemore, Knafl (2005). Dois quadros foram elaborados para sintetizar os dados. O Quadro 1 apresenta: autor, ano e país; área de conhecimento; objetivos; abordagem metodológica; resultados; base de dados. O Quadro 2 apresenta: autor, ano e país; número de sujeitos de pesquisa; utilização da CIF; instrumentos relacionados com a CIF; ambientes em que a CIF é utilizada; contribuições da CIF para o trabalho dos enfermeiros. O formato dos quadros permitiu a análise comparativa e padrões da informação extraída tornaram-se aparentes. Isto permitiu posteriormente a identificação dos temas a partir dessas informações (ARTIGO I).

Este estudo não necessitou ser submetido a um Comitê de Ética em Pesquisa, por tratar-se de uma revisão integrativa, e ter utilizado fontes de domínio público.

## 3.2 ETAPA EMPÍRICA

Nessa etapa optou-se por uma pesquisa de caráter quantitativo, exploratório e descritivo pela possibilidade de responder aos objetivos: analisar como os agricultores avaliam os níveis de barreiras e de facilitadores de fatores ambientais relacionados à força de trabalho para o desempenho de suas atividades e participação no trabalho; e, analisar como os agricultores avaliam os níveis de barreiras e de facilitadores de fatores ambientais relacionados à saúde para o desempenho de suas atividades e participação. Exploratório porque busca explorar o que está acontecendo e fazer perguntas a respeito e descritivo porque proporciona “desenhar um quadro” de uma situação, pessoa ou evento ocorrendo naturalmente (GRAY, 2012).

### 3.2.1 Aspectos ambientais dos locais do estudo

O estudo foi desenvolvido em dois ambientes rurais. O ambiente rural da Ilha dos Marinheiros no município do Rio Grande, sul do Rio Grande do Sul (RS) e no ambiente rural do município de Uruguaiana, fronteira oeste do Estado do RS, Brasil.

O ambiente rural da Ilha dos Marinheiros consiste em uma região insular, a qual é considerada um local importante à colonização do RS e um patrimônio histórico do

município do Rio Grande, sendo a mais importante da região sul do Estado devido à diversidade vegetal e aos valores da cultura açoriana (AZEVEDO, 2003).

A Ilha dos Marinheiros foi inicialmente colonizada pelos índios minuanos, charruas e guaranis e com o passar dos anos foi sendo diversificada pela presença de luso-brasileiros de São Paulo e Santa Catarina. Possui aproximadamente 1200 habitantes, considerando um número aproximado de 693 homens e 566 mulheres de todas as faixas etárias (IBGE, 2010), na sua maioria, descendentes de imigrantes oriundos do norte de Portugal no ano de 1745, os quais trouxeram a herança no manejo agrário (AZEVEDO, 2003).

A população insular caracteriza-se essencialmente por agricultores e pescadores, os quais se envolvem na condução do trabalho, na sua maioria, a família. Assim, a população economicamente ativa divide-se e interatua entre três grupos, àquele que sobrevive da comercialização de pescados, de hortifrutigranjeiros e àquele que desempenha seu trabalho fora da Ilha, no município do Rio Grande.

Neste sentido, esclarece-se que a Ilha está localizada na Lagoa dos Patos, na porção noroeste do município do Rio Grande, com aproximadamente 40 km<sup>2</sup> de representatividade territorial e apresenta cinco subdivisões territoriais distintas, sendo elas: Porto Rey, Marambaia, Coréia, Fundos da Ilha e Bandeirinhas, as quais constituíram o cenário da pesquisa.

O ambiente rural da Ilha dos Marinheiros conta um serviço de saúde caracterizado como uma unidade de Estratégia Saúde da Família (ESF) que atua desde o ano de 2008. No quadro 1 estão descritos o número dos profissionais de saúde que compõem a equipe da unidade de acordo com o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES, 2015).

O ambiente rural de Uruguaiana possui uma área de 5.713,6 km<sup>2</sup> e uma densidade populacional de 23,9hab/km<sup>2</sup> e o clima é subtropical (PREFEITURA MUNICIPAL DE URUGUAIANA, 1999). Abrange uma população total de 125.507 habitantes destes 117.461 (93,59%) residem na cidade e 8.046 (6,41%) formam a população rural (IBGE, 2010). A zona rural está dividida em cinco distritos: 1º distrito Imbaá, 2º distrito Vertentes, 3º distrito Plano Alto, 4º distrito João Arregui e quinto 5º distrito denominado São Marcos (PREFEITURA MUNICIPAL DE URUGUAIANA, 1999).

Nestas localidades há produtores com grandes extensões de terra e outros com pequenas propriedades onde predomina o sistema de exploração em regime de

economia familiar, cujos próprios integrantes da família desenvolvem as atividades agrícolas (EMATER, 2008).

Ressalta-se que historicamente, após a Primeira Guerra Mundial o município de Uruguaiana passou a se preocupar em produzir o seu próprio alimento, buscando a sua independência agrícola (PREFEITURA MUNICIPAL DE URUGUAIANA, 2012). Apesar do cultivo do arroz trazer baixos rendimentos, dada à característica do clima e do solo, ele passou a fazer parte da agricultura, tornando-se uma das principais culturas do município. Além dos hortifrutigranjeiros, que se destaca pela produção em ambiente protegido (estufa), a fruticultura está sendo estimulada como forma de diversificação, geração de renda e ocupação de mão de obra no setor primário, sendo alcançados resultados promissores no cultivo de uvas e produção de vinhos finos (EMATER, 2008).

Destaca-se que, dentre as características associadas ao cultivo da terra, o município de Uruguaiana detém-se a ação chamada “cultivo mínimo”, a qual se propõe a tornar a terra produtiva mediante o modelo conservacionista. Este modelo busca reduzir a erosão nas lavouras e o uso de produtos químicos, incentivando o maior tempo de permanência dos animais nas pastagens, viabilizando a ruptura do modelo convencional. Assim, as condições socioambientais permeiam o meio rural.

Os serviços de saúde do ambiente rural de Uruguaiana totalizam cinco unidades de saúde, das quais uma se caracteriza com ESF. No quadro 1 estão descritos o número dos profissionais de saúde que compõem a equipe de cada uma das unidade (CNES, 2015).

QUADRO 1 – Equipe de saúde correspondente às unidades de saúde dos ambientes rurais.

Ambiente Rural	Serviço de Saúde	Equipe de Saúde					
		Enfermeiro	Técnico de Enfermagem	Auxiliar de Enfermagem	Agente Comunitário de Saúde	Médico	Dentista
Ilha dos Marinheiros	ESF – Ilha dos Marinheiros	1	-	1	3	1	-
	ESF – Barragem Sanchuri	1	2	-	1	1 Clínico 1 Pediatra 1 Saúde da Família	2
	Unidade de Saúde São Marcos	1	1	1	-	1 Clínico 1 Pediatra 1 Saúde da Família	1
Uruguaiana	Unidade de Saúde Plano Alto	1	2	-	-	1 Clínico 1 Pediatra 1 Saúde da Família	1
	Unidade de Saúde São Marcos	1	1	1	-	1 Clínico 1 Pediatra 1 Saúde da Família	1
	Unidade de Saúde Vila do Açude	1	1	-	-	1 Clínico 1 Pediatra	1

Fonte: Próprio autor.

### 3.2.2 Sujeitos do estudo

Os critérios para a seleção dos sujeitos foram: agricultores residentes na Ilha dos Marinheiros, Rio Grande e na zona rural de Uruguaiana; ter no mínimo 18 anos completos; estar atuando diretamente no trabalho da agricultura de hortifrutigranjeiros mesmo que para subsistência. Excluíram-se os agricultores que não realizavam atividades na agricultura no período de coleta de dados.

Em decorrência da ausência do número de agricultores nas fontes oficiais, como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de ambos os ambientes rurais, recorreu-se aos órgãos oficiais do Estado e Município vinculados à assistência aos agricultores. Em consonância a inexatidão do número de agricultores, buscou-se estratégias para alcançar o maior número de agricultores possíveis. A primeira iniciativa foi entrar em contato com os órgãos oficiais do Estado e Município vinculados à assistência aos agricultores, como Sindicato dos Trabalhadores Rurais, EMATER/ASCAR e Secretaria Municipal da Agricultura em Rio Grande e EMATER/ASCAR e Secretaria Municipal da Agricultura em Uruguaiana.

Após, realizou-se o rastreamento detalhado – casa a casa – localizando os trabalhadores agricultores e suas respectivas residências, mediante a indicação dos próprios entrevistados, os quais também compuseram a amostra. Assim, realizou-se uma seleção intencional dos sujeitos por meio de uma amostragem não probabilística por conveniência, a partir da presença e disponibilidade dos agricultores no momento do processo de coleta dos dados (TRIOLA, 2008).

Para facilitar o processo de pesquisa planejou-se uma organização sistemática: iniciou-se pela localidade mais populosa, em número de agricultores, na Ilha dos Marinheiros. Em Uruguaiana a primeira estratégia foi começar pela localidade mais longínqua, pois a área rural se apresentou mais extensa; realizava-se a entrevista dos agricultores que aceitavam participar de maneira imediata; agendavam-se entrevistas pessoalmente ou por telefone, conforme disponibilidade dos agricultores. Para isso, construíram-se tabelas de agendamento contendo a identificação dos sujeitos do estudo, localização da residência, contato telefônico e outras informações relevantes, como por exemplo, melhor horário para realização da entrevista. Tais medidas foram adotadas em função do processo de trabalho do trabalhador agricultor e ambiente rural, os quais são determinantes à vida desse trabalhador, seja no aspecto da produção, clima ou geografia.

Antes de entrar em coleta de campo e iniciar o processo de entrevistas, desenvolveram-se capacitações com os integrantes do LAMSA, no Laboratório Socioambiental de Saúde do Trabalhador. Para isso foram realizadas reuniões com a coordenadora do grupo de pesquisa, orientadora deste trabalho, pós-graduandas e bolsistas de Iniciação Científica e Tecnológica para a leitura, discussões de termos e esclarecimento de dúvidas acerca do questionário. Além disso, construiu-se um material de apoio, o qual foi discutido em grupo e os entrevistadores carregavam consigo para suprir dúvidas no momento das entrevistas.

### **3.2.3 Estudo-Piloto**

Em março de 2013 foi realizado um estudo-piloto no ambiente da Ilha dos Marinheiros, envolvendo sete agricultores selecionados de maneira aleatória, cinco da região Porto Rei e dois da região de Bandeirinhas, conforme os critérios de inclusão da pesquisa e após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Este foi relevante para a pesquisa, pois a partir dele foi possível reestruturar questões contidas no instrumento de coleta de dados utilizado. Os sujeitos que participaram, foram novamente entrevistados no período de coleta de dados, tendo em vista o próprio interesse desses agricultores. Além disso, o instrumento de coleta de dados foi reajustado conforme nomenclaturas, detalhamento e clareza das questões.

### **3.2.4 Coleta de dados**

A coleta de dados ocorreu no período de março a outubro de 2013, por meio de entrevistas individuais. A partir dos critérios de inclusão no estudo, participaram 129 agricultores da Ilha dos Marinheiros e 130 agricultores da zona rural de Uruguaiana, totalizando 259 sujeitos entrevistados, os quais constituíram a amostra para o artigo II. Para o artigo III obteve-se um total de 255 agricultores, isso devido a dois agricultores (um de cada ambiente rural) referirem não utilizar os serviços de saúde e outros dois (um de cada ambiente rural) não responderem a questão referente aos níveis de barreiras e facilitadores dos serviços, sistemas e políticas relacionados com a saúde.

O número de perdas na Ilha dos Marinheiros correspondeu à 17 e de recusas 25. As perdas em Uruguaiana foram de 19 e de recusa 01. O que totalizou em ambos os ambientes 36 perdas e 26 recusas. Destaca-se que as perdas foram determinadas a partir

da não localização da residência ou do próprio trabalhador, verificado por no mínimo cinco tentativas de contato, por visitas ou busca pela residência em diferentes dias da semana. As recusas se justificam na sua maioria pelo desinteresse em participar da pesquisa, para essas também foram realizadas tentativas diretamente na residência ou por contato telefônico.

### 3.2.5 Descrição das questões do estudo

O processo de coleta dos dados ocorreu a partir de um instrumento, previamente elaborado e testado, com questões mistas (abertas e fechadas) e escalas específicas. Para a constituição deste estudo buscou-se especificar as particularidades a partir do objeto de estudo, para tanto se utilizaram **variáveis socioeconômicas e demográficas, de aspectos do processo de trabalho e dos níveis das barreiras e dos facilitadores dos fatores ambientais relacionados à força de trabalho** (apoio da família, apoio da comunidade e instrumentos/equipamentos utilizados para o desenvolvimento do trabalho) **e dos fatores ambientais relacionados à saúde** (serviços de saúde, apoio e atitudes individuais de profissionais de saúde) **de acordo com a CIF (WHO, 2001)**. A seguir apresentam-se, de forma detalhada, as variáveis utilizadas para compor o estudo (Quadro 2).

QUADRO 2 – Variáveis utilizadas para compor o estudo.

<b>Variáveis socioeconômicas e demográficas</b>	
<b>01. Município:</b>	
<input type="checkbox"/> Rio Grande – Ilha dos Marinheiros	<input type="checkbox"/> Uruguaiana
<b>03. Idade:</b> .....	
<b>05. Sexo:</b>	
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	
<b>07.3 Possui quantos anos completos de escolaridade?</b> .....	
<b>10. Qual é a renda familiar mensal?</b> .....	
<b>51. Qual transporte você utiliza?</b>	
<input type="checkbox"/> Pequenas embarcações (Caico)	
<input type="checkbox"/> Ônibus	
<input type="checkbox"/> Outro.....	
<b>70. Como você utiliza o serviço de saúde?</b>	
<input type="checkbox"/> Somente pelo SUS	
<input type="checkbox"/> SUS e outro serviços de saúde (plano de saúde, particular, etc).	
<b>Aspectos do processo de trabalho</b>	

<b>38. Quanto tempo atua na agricultura? (anos) .....</b>
<b>39. Possui apoio, no ensino para trabalhar na agricultura, da EMATER?</b> ( ) Sim ( ) Não
<b>40. Possui apoio de familiares como força de trabalho na agricultura?</b> ( ) Sim ( ) Não
<b>40.1 Quais são os membros da família que auxiliam no trabalho da agricultura?</b> ( ) Esposo(a) ( ) Filho ( ) Irmão ( ) Sogro ( ) Pais
<b>40.2 Possui apoio de membros da comunidade como força de trabalho na agricultura?</b> ( ) Sim ( ) Não
<b>40.3 Como os membros da família e da comunidade auxiliam no desenvolvimento do trabalho na agricultura?</b> ( ) Planejar a produção ( ) Comercializar produtos agrícolas ( ) Administrar a unidade de produção ( ) Preparar o solo ( ) Plantar culturas ( ) Realizar tratos culturais ( ) Colher os produtos agrícolas ( ) Demonstrar competências pessoais ( ) Outras .....
<b>42. Qual o tamanho da área de cultivo da propriedade em hectares? .....</b>
<b>45. Quantas horas de trabalho você dedica diariamente à agricultura? .....</b>
<b>48. Que tipo de instrumentos/equipamentos você utiliza para desenvolver o seu trabalho agrícola?</b> ( ) Somente instrumentos/equipamentos manuais ( ) Instrumentos/equipamentos manuais e mecanizados
<b>48.1 Quais são os instrumentos/equipamentos utilizados para desenvolver o seu trabalho agrícola?</b> <b>Manuais</b> ( ) Enxada ( ) Carrinho de mão ( ) Facão ( ) Regador ( ) Ancinho ( ) Pá ( ) Tesoura de poda ( ) Foice ( ) Pulverizadores ( ) Machado ( ) Embalagens (caixas, caixotes, sacos plásticos) ( ) Matraca (plantadeira manual) ( ) Equipamentos de irrigação (bomba, canos, aspersor) ( ) Equipamentos de Proteção Individual (EPI) ( ) Defensivos agrícolas (herbicida, fungicida)

<input type="checkbox"/> Insumos agrícolas <input type="checkbox"/> Outro .....
<b>Mecanizados</b> <input type="checkbox"/> Trator <input type="checkbox"/> Reboque <input type="checkbox"/> Arado <input type="checkbox"/> Balança <input type="checkbox"/> Moto-serra <input type="checkbox"/> Roçadeira <input type="checkbox"/> Outro .....
<b>50. Você utiliza os instrumentos/equipamentos disponibilizados pela Secretaria Municipal da Agricultura?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>104. Como quem é realizada as negociações e comercializações dos produtos agrícolas?</b> <input type="checkbox"/> Associações de agricultores <input type="checkbox"/> Centro de Hortifrutigranjeiros
<b>Níveis das barreiras e dos facilitadores dos fatores ambientais</b>
<b>20. Enquanto barreira e facilitador, qual é a nota atribuída ao apoio da família (cônjuges, parceiros, pais, irmãos, filhos, pais adotivos e avós):</b>  <b>Barreira: Nota atribuída? (e310.----)</b> <input type="checkbox"/> Nenhuma Barreira <input type="checkbox"/> 3 Barreira GRAVE <input type="checkbox"/> 1 Barreira LEVE <input type="checkbox"/> 4 Barreira COMPLETA <input type="checkbox"/> 2 Barreira MODERADA  <b>Facilitador: Nota atribuída? (e310+----)</b> <input type="checkbox"/> Nenhum Facilitador <input type="checkbox"/> +3 Facilitador CONSIDERÁVEL <input type="checkbox"/> +1 Facilitador LEVE <input type="checkbox"/> +4 Facilitador COMPLETO <input type="checkbox"/> +2 Facilitador MODERADO
<b>22. Enquanto barreira e facilitador, qual é a nota atribuída ao apoio de membros da comunidade:</b>  <b>Barreira: Nota atribuída? (e325.----)</b> <input type="checkbox"/> Nenhuma Barreira <input type="checkbox"/> 3 Barreira GRAVE <input type="checkbox"/> 1 Barreira LEVE <input type="checkbox"/> 4 Barreira COMPLETA <input type="checkbox"/> 2 Barreira MODERADA  <b>Facilitador: Nota atribuída? (e325+----)</b> <input type="checkbox"/> Nenhum Facilitador <input type="checkbox"/> +3 Facilitador CONSIDERÁVEL <input type="checkbox"/> +1 Facilitador LEVE <input type="checkbox"/> +4 Facilitador COMPLETO <input type="checkbox"/> +2 Facilitador MODERADO
<b>48.2 Enquanto barreira e facilitador, qual é a nota atribuída aos instrumentos/equipamentos utilizado para desenvolver o seu trabalho agrícola:</b>  <b>Barreira: Nota atribuída? (e1350.----)</b> <input type="checkbox"/> Nenhuma Barreira <input type="checkbox"/> 3 Barreira GRAVE <input type="checkbox"/> 1 Barreira LEVE <input type="checkbox"/> 4 Barreira COMPLETA

2 Barreira MODERADA

**Facilitador: Nota atribuída? (e1350+----)**

Nenhum Facilitador

+1 Facilitador LEVE

+2 Facilitador MODERADO

+3 Facilitador CONSIDERÁVEL

+4 Facilitador COMPLETO

**50.1 Enquanto barreira e facilitador, qual é a nota atribuída aos instrumentos/equipamentos disponibilizados pela Secretaria Municipal da Agricultura:**

**Barreira: Nota atribuída? (e5100.----)**

Nenhuma Barreira

1 Barreira LEVE

2 Barreira MODERADA

3 Barreira GRAVE

4 Barreira COMPLETA

**Facilitador: Nota atribuída? (e5100+----)**

Nenhum Facilitador

+1 Facilitador LEVE

+2 Facilitador MODERADO

+3 Facilitador CONSIDERÁVEL

+4 Facilitador COMPLETO

**51.1 Enquanto barreira e facilitador, qual é a nota atribuída aos serviços de transportes que possibilitam a deslocação de pessoas e mercadorias de um local para outro:**

**Barreira: Nota atribuída? (e540.----)**

Nenhuma Barreira

1 Barreira LEVE

2 Barreira MODERADA

3 Barreira GRAVE

4 Barreira COMPLETA

**Facilitador: Nota atribuída? (e540+----)**

Nenhum Facilitador

+1 Facilitador LEVE

+2 Facilitador MODERADO

+3 Facilitador CONSIDERÁVEL

+4 Facilitador COMPLETO

**70. 1 Enquanto barreira e facilitador, qual é a nota atribuída aos serviços de saúde:**

**Barreira: Nota atribuída? (e580.----)**

Nenhuma Barreira

1 Barreira LEVE

2 Barreira MODERADA

3 Barreira GRAVE

4 Barreira COMPLETA

**Facilitador: Nota atribuída? (e580+----)**

Nenhum Facilitador

+1 Facilitador LEVE

+2 Facilitador MODERADO

+3 Facilitador CONSIDERÁVEL

+4 Facilitador COMPLETO

**70. 2 Enquanto barreira e facilitador, qual é a nota atribuída aos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, entre**

**outros):**

**Barreira: Nota atribuída? (e355.----)**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nenhuma Barreira    | <input type="checkbox"/> 3 Barreira GRAVE    |
| <input type="checkbox"/> 1 Barreira LEVE     | <input type="checkbox"/> 4 Barreira COMPLETA |
| <input type="checkbox"/> 2 Barreira MODERADA |  |

**Facilitador: Nota atribuída? (e355+----)**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nenhum Facilitador      |  |
| <input type="checkbox"/> +1 Facilitador LEVE     | <input type="checkbox"/> +3 Facilitador CONSIDERÁVEL |
| <input type="checkbox"/> +2 Facilitador MODERADO | <input type="checkbox"/> +4 Facilitador COMPLETO     |

**70.3 Enquanto barreira e facilitador, qual é a nota atribuída às atitudes individuais de profissionais de saúde (opiniões e crenças gerais ou específicas de profissionais de saúde, sobre a pessoa ou sobre outras questões que influenciam o comportamento e as ações individuais):**

**Barreira: Nota atribuída? (e450.----)**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nenhuma Barreira    | <input type="checkbox"/> 3 Barreira GRAVE    |
| <input type="checkbox"/> 1 Barreira LEVE     | <input type="checkbox"/> 4 Barreira COMPLETA |
| <input type="checkbox"/> 2 Barreira MODERADA |  |

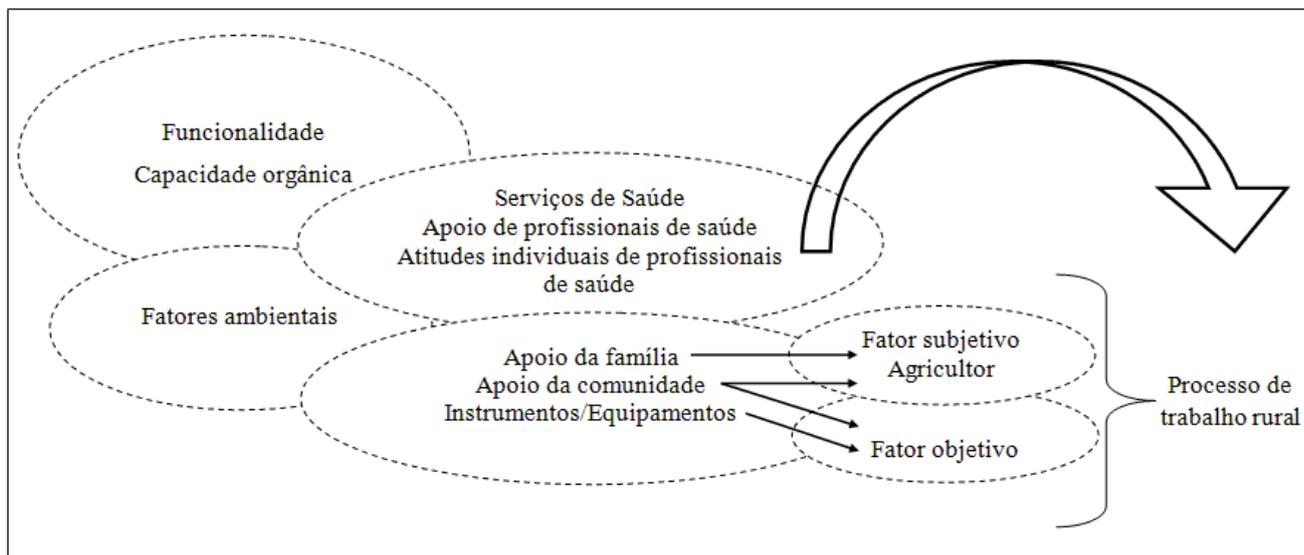
**Facilitador: Nota atribuída? (e450+----)**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nenhum Facilitador      | <input type="checkbox"/> +3 Facilitador CONSIDERÁVEL |
| <input type="checkbox"/> +1 Facilitador LEVE     | <input type="checkbox"/> +4 Facilitador COMPLETO     |
| <input type="checkbox"/> +2 Facilitador MODERADO |  |

Fonte: CEZAR-VAZ, Marta Regina (2012).

O apoio da família, da comunidade e a utilização de instrumentos/equipamentos para o desenvolvimento do trabalho são considerados pela CIF como fatores ambientais que podem ser barreiras (limitar a funcionalidade e provocar incapacidade) ou facilitadores (melhorar a funcionalidade e reduzir a incapacidade) para o desempenho de atividades e participação de uma pessoa, assim como os serviços de saúde, apoio e atitudes individuais de profissionais de saúde (WHO, 2001). Considerando que esses fatores ambientais podem ser barreiras e facilitadores para os agricultores, ambas as perspectivas foram questionadas. Para esse estudo, conforme apresentado anteriormente, consideraram-se os níveis (qualificadores) de barreiras e facilitadores de acordo com a CIF, em uma escala de 5 pontos (WHO, 2001). A seguir, apresenta-se um quadro esquemático representando os fatores ambientais relacionados à força de trabalho e à saúde de agricultores (Quadro 3).

QUADRO 3 – Modelo esquemático dos fatores ambientais relacionados à força de trabalho e à saúde de agricultores



Fonte: Próprio autor.

### 3.2.6 Análise dos dados

Duas diferentes análises foram realizadas: estatística descritiva e inferencial. A estatística descritiva caracteriza-se de um conjunto de técnicas que objetiva descrever e apresentar dados de pesquisa. Já a análise inferencial tenta tirar conclusões para além dos dados (GRAY, 2012). Para a análise estatística contou-se com o auxílio do *software* SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*®) versão 20.0.

Realizou-se, assim, uma análise estatística descritiva com descrição da frequência absoluta e relativa para variáveis categóricas e uso das medidas de tendência central (mediana) e medidas de dispersão (percentil 75 = P75) para variáveis numéricas.

Aplicou-se o teste de *Kolmogorov-Smirnov* para a verificação da normalidade dos dados numéricos. Identificaram-se por meio desse teste que os dados não seguiam uma distribuição normal, devido a isso as descrições das variáveis foram realizadas a partir da mediana. Para a comparação de medianas utilizou-se o teste de *Mann-Whitney* para variáveis com duas categorias e o teste de *Kruskal-Wallis* para as variáveis com mais de duas categorias. O teste *Mann-Whitney* e o teste *Kruskal-Wallis* são testes não paramétricos. O teste *Mann-Whitney* avalia se existe uma diferença estatística significativa entre as médias dos postos de duas condições. O teste de *Kruskal-Wallis* é como o teste de *Mann-Whitney*, mas utilizado para variáveis com mais de duas condições (DANCEY; REIDY, 2006).

O Coeficiente de Correlação *Rho de Spearman* foi utilizado para analisar a correlação de variáveis numéricas e o teste de associação Qui-quadrado de *Pearson* -  $\chi^2$  para verificar as associações entre as variáveis nominais e se estas apresentam relação de dependência (DANCEY; REIDY, 2006). Em todos os testes considerou-se como estatisticamente significativo o valor de  $p < 0,05$ .

Os níveis de barreiras e facilitadores foram verificados por meio da mediana do teste de *Kruskall-Wallis*, quando a mediana apresentava o mesmo valor para os níveis verificava-se o percentil 75 (P75). Isso significa que se verificava a mediana mais prevalente para 75% dos sujeitos entrevistados.

Destaca-se que para a elaboração do artigo III foram excluídos do banco de dados os agricultores que referiram não utilizar o serviço de saúde, bem como aqueles que não responderam as questões acerca dos níveis de barreiras e facilitadores dos serviços de saúde.

### **3.3 Aspectos Éticos**

Em consonância com o Conselho Nacional de Saúde, Resolução 466/2012, todas as exigências éticas e científicas preconizadas nas pesquisas com seres humanos foram asseguradas, garantindo o anonimato dos participantes e preservando os dados obtidos de forma adequada aos princípios éticos (BRASIL, 2012). O macroprojeto de pesquisa referido anteriormente foi submetido à avaliação do Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande – FURG, obtendo aprovação, conforme o parecer N° 026/2013 (ANEXO I).

As Instituições que participaram como referências de indicação dos agricultores assinaram um consentimento perante a disponibilização de informações para a realização da pesquisa.

Para realização da entrevista com o trabalhador, solicitou-se o aceite de participação mediante sua assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual foi explicado quanto ao objetivo, metodologia e formas de divulgação do estudo, assim como, a ausência de riscos físicos e morais, assegurando o anonimato e a possibilidade de desistência da participação em qualquer momento do processo, sem qualquer prejuízo. O TCLE foi utilizado em duas vias (ficando uma com o participante) (ANEXO II).

#### 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesse capítulo, serão apresentados os três artigos que compuseram essa tese, o primeiro artigo é correspondente à etapa de revisão integrativa da pesquisa e o segundo e terceiro referentes à etapa empírica.

O primeiro, intitulado **“Utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde por enfermeiros: uma revisão integrativa”** refere-se à revisão realizada para a visualização de algumas lacunas do conhecimento em relação à utilização da CIF na enfermagem direcionando o desenvolvimento da etapa empírica. Artigo encaminhado para a Revista *Aquichán*. Normas disponíveis em: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/about/submissions#authorGuidelines>

O segundo artigo **“Fatores ambientais relacionados à força de trabalho: níveis de barreiras e facilitadores para agricultores”** analisa os fatores ambientais relacionados à força de trabalho: apoio da família e da comunidade e os instrumentos/equipamentos utilizados para o desenvolvimento do trabalho na agricultura. Esse artigo será encaminhado para a Revista *Texto e Contexto Enfermagem*<sup>1</sup>. Normas disponíveis em: <http://www.textoecontexto.ufsc.br/preparo-dos-manuscritos/>

Já o terceiro artigo **“Níveis de barreiras e de facilitadores de fatores ambientais relacionados à saúde: avaliação de agricultores”** buscou analisar os fatores ambientais relacionados à saúde: serviços de saúde, apoio e atitudes individuais de profissionais de saúde. Artigo a ser encaminhado para a Revista *Latino-Americana de Enfermagem*<sup>1</sup>. Normas disponíveis em: <http://ead.eerp.usp.br/rlae/media/preparo-do-artigo.pdf>

---

<sup>1</sup> Será reduzido no número de páginas para o encaminhamento.

## 4.1 ARTIGO I

### UTILIZAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE POR ENFERMIROS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Diéssica Roggia Piexak<sup>1</sup>, Marta Regina Cezar-Vaz<sup>2</sup>

#### Resumo

**Objetivo:** Identificar como a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde é utilizada pelos enfermeiros. **Método:** Revisão integrativa de artigos publicados a partir de maio de 2001 a dezembro de 2013 em bases de dados científicos. Dois pesquisadores rastream de forma independente os títulos e resumos dos artigos para inclusão e extração dos dados. Os artigos foram selecionados a partir das seguintes bases de dados eletrônicas: MEDLINE/NML/PubMed, Web of science, LILACS, CINAHL e SCIELO. **Resultados:** Vinte e dois artigos foram selecionados. Três temas foram identificados: a utilização da CIF na prática clínica da enfermagem; no ensino de estudantes de enfermagem e de enfermeiros; na pesquisa em enfermagem. **Conclusão:** Esta revisão contribui para que os enfermeiros visualizem como a CIF está sendo utilizada e em quais ambientes de cuidado. Demonstra que a CIF vem sendo utilizada especificamente na área da enfermagem em reabilitação, porém oferece algumas evidências do seu uso na saúde do trabalhador.

**Palavras-chave:** Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; Pesquisa em Enfermagem; Revisão; Assistência à saúde.

#### Introdução

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) proporciona uma linguagem unificada. Ela se constitui como estrutura de trabalho para descrição da saúde e de estados relacionados com a saúde. Apresenta as definições de funcionalidade e incapacidade, entendendo que o termo funcionalidade engloba todas as funções do corpo, atividades e participação e a incapacidade inclui deficiências, limitação da atividade ou restrição na participação (WHO, 2001).

O atual modelo da CIF, após diversas versões e testes, foi aprovado em maio de 2001 pela Assembleia Mundial da Saúde. Esse modelo baseia-se na articulação dos modelos biomédico e social, utilizando uma abordagem biopsicossocial para visualizar a integração das diversas dimensões da saúde (biológica, individual e social) (WHO,

---

<sup>1</sup> Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da FURG. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: diessicap@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Doutora em Enfermagem. Professora Associada IV da Escola de Enfermagem da FURG. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: cezarvaz@vetorial.net

2001; SAMPAIO; LUZ, 2009). Os conceitos contidos na CIF introduzem um novo paradigma para pensar e trabalhar a deficiência e a incapacidade, as quais são determinadas por condições de saúde/doença, contexto (ambiente físico e social), diferentes percepções culturais e atitudes em relação à deficiência, pela disponibilidade de serviços e de legislação (FARIAS; BUCHALLA, 2005).

A funcionalidade é priorizada, conforme a CIF, como componente da saúde, considerando o ambiente como um facilitador ou como uma barreira para o desempenho das atividades e da participação. Assim, a incapacidade é o resultado de um conjunto de situações e condições que abrangem o ambiente, as condições de vida e as condições pessoais (WHO, 2001).

Nessa perspectiva, entende-se que os profissionais de saúde juntamente com os demais membros da sociedade são corresponsáveis no planejamento e desenvolvimento de tecnologias que se constituam como facilitadores para as atividades e participação das pessoas nas diversas situações da vida. Compreendendo, portanto, que o desempenho dessas pessoas pode ser potencializado com modificações ambientais, sejam físicas, sociais e/ou atitudinais. O que oferece uma visão ampliada das diferentes perspectivas de saúde: biológica, individual e social.

Nas classificações internacionais da Organização Mundial da Saúde (OMS) os estados de saúde (doença, perturbações, entre outros) são classificados conforme a Classificação Internacional de Doenças, Décima revisão (CID-10), a qual fornece estrutura de base etiológica. Enquanto que a funcionalidade e a incapacidade associadas aos estados de saúde são classificadas na CIF. Logo, a CID-10 e a CIF são complementares e possibilitam uma visão ampliada e significativa da saúde das pessoas ou da população, o que pode contribuir para a tomada de decisões (WHO, 2001).

Conforme a WHO (2001), a CIF vem sendo utilizada como ferramenta estatística, investigativa, clínica, de política social e pedagógica. Sua utilização tem compreendido os setores de seguros, segurança social, trabalho, educação, economia, política social, desenvolvimento de políticas e de legislação em geral e alterações ambientais. A CIF na prática clínica é utilizada por várias especialidades, contribuindo na avaliação e na tomada de decisões. Sua aplicação político-social se revela em alguns países no enquadramento de alterações legislativas ou políticas e de regulação social. Já no sistema educativo enquanto estrutura conceitual para o processo de ensino/aprendizagem ou de unidades curriculares (FONTES; FERNANDES; BOTELHO, 2010).

As publicações relacionadas com a CIF estão aumentando, porém se evidenciam nas áreas de reabilitação, pediatria, cuidados a idosos, doenças crônicas, acidente vascular cerebral, lesão medular e doenças mentais, desenvolvidas principalmente por fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, médicos e fisioterapeutas (KEARNEY; PRYOR, 2004).

Essa revisão justifica-se pela necessidade de maiores investigações da utilização da CIF na enfermagem, por enfermeiros, para contribuir no diálogo de desenvolver entendimento global, interdisciplinar e de sistema de classificação. A CIF é um importante instrumento de trabalho para os enfermeiros, nos diversos ambientes de atuação. Por isso é necessário identificar como ela é utilizada pelos enfermeiros, em que ambientes é utilizada e de que maneira contribui para o trabalho dos enfermeiros.

### **Objetivo**

Identificar como a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde é utilizada pelos enfermeiros.

### **Método**

Trata-se de uma revisão integrativa, a qual oportuniza uma compreensão abrangente de determinado fenômeno por meio da análise específica da literatura empírica ou teórica. Possui potencial para a construção da ciência de enfermagem, informando pesquisa, prática e iniciativas políticas, por meio da síntese de evidências (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

As evidências podem ser classificadas hierarquicamente de acordo com a abordagem metodológica utilizada nos estudos. Nesta revisão integrativa, foi empregada a seguinte classificação de nível de evidência: 1 - evidências provenientes de revisão sistemática ou metanálise de ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundas de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; 2 - evidências derivadas de, pelo menos, um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; 3 - evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; 4 - evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; 5 - evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; 6 - evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo e 7 - evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2005).

O conhecimento desse sistema de classificação de evidências nas publicações relacionadas com a CIF é fundamental para que se possa avaliar de maneira crítica os resultados derivados dessas pesquisas, auxiliando na tomada de decisões acerca da incorporação das evidências à prática clínica (GALVÃO, 2006).

Para a elaboração dessa revisão integrativa foram seguidas seis etapas: 1) definição das questões norteadoras; 2) estabelecimento de critérios de inclusão/exclusão (seleção dos artigos); 3) definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados; 4) análise dos estudos incluídos; 5) interpretações dos resultados e 6) apresentação da revisão integrativa (WHITTEMORE; KNAFL, 2005). Como questões norteadoras do estudo, definiu-se: Como a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde é utilizada pelos enfermeiros? Quais são os ambientes em que a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde é utilizada? Como a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde contribui para o trabalho dos enfermeiros?

Como estratégia de busca dos artigos delimitou-se o período de 2001 a dezembro de 2013 a partir das bases de dados MEDLINE/NML/PubMed, GALE, Web of science, LILACS, CINAHL e SCIELO. Os termos de pesquisa foram "Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde" e "Enfermagem". A busca dos artigos foi realizada em 06 de dezembro de 2013.

Os critérios de inclusão foram: artigos completos disponíveis eletronicamente nas bases de dados MEDLINE/NML/PubMed, GALE, Web of science, LILACS, CINAHL e SCIELO; que atendessem o objetivo da investigação; publicados a partir de maio de 2001, período da aprovação do atual modelo da CIF pela Assembleia Mundial da Saúde (WHO 2001); com pelo menos um autor enfermeiro; apresentação de resumo para primeira análise; procedência nacional e internacional nos idiomas português, inglês e espanhol. Excluíram-se: resumos publicados em anais, capítulos de livros, teses, dissertações e editoriais.

Para a seleção dos artigos, realizou-se a leitura e análise dos resumos, com a finalidade de refinar a amostra de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Foram considerados apenas uma vez os artigos repetidos em mais de uma base de dados. No quadro 1 dos resultados apresentam-se os artigos e suas respectivas bases de dados.

A estratégia de busca resultou em um total de 130 referências, muitas das quais eram duplicatas. A partir da análise completa, um total de 22 artigos foram obtidos: 17 da MEDLINE/NLM/PubMed, três da Web of Science, um da LILACS e um do

CINAHL. Nenhum artigo foi selecionado a partir da base da SCIELO, visto que a publicação selecionada anteriormente nesta base já havia sido selecionada por meio de outra base de dados.

Os estudos foram inicialmente divididos em grupos, de acordo com a abordagem metodológica (qualitativos, quantitativos, discussões teóricas, críticas e modelo teórico). Eles foram avaliados de forma independente pelo autor e um assistente de pesquisa utilizando um *checklist* para a avaliação da qualidade, desenvolvido por Bowling (2002) e modificado por Desborough; et al. (2012). Foi realizada uma discussão para resolver qualquer discrepância e se chegar a um consenso de 100%. Como é apropriada para uma revisão integrativa, essa avaliação incluiu a clareza dos objetivos, métodos, análises estatísticas, discussão e implicações.

Para a abstração dos dados e síntese, foram seguidos os métodos preconizados por Whitemore; Knafl (2005). Dois quadros foram elaborados para sintetizar os dados. O Quadro 1 apresenta: autor, ano e país; área de conhecimento; objetivos; abordagem metodológica; resultados; base de dados. O Quadro 2 apresenta: autor, ano e país; número de sujeitos de pesquisa; utilização da CIF; instrumentos relacionados com a CIF; ambientes em que a CIF é utilizada; contribuições da CIF para o trabalho dos enfermeiros. O formato dos quadros permitiu a análise comparativa e padrões da informação extraída tornaram-se aparentes. Isto permitiu posteriormente a identificação dos temas a partir dessas informações.

Este estudo não necessitou ser submetido a um Comitê de Ética em Pesquisa, por tratar-se de uma revisão integrativa, e ter utilizado fontes de domínio público.

## **Resultados**

Os estudos eram originados da Alemanha/Suíça (n=6), Holanda (n=3), Austrália (n=2), Brasil (n=2), Suécia (n=2), Canadá (n=1), Estados Unidos (n=1), Estados Unidos/ Canadá (n=1), Finlândia (n=1), Noruega (n=1), Suíça (n=1) e Taiwan (n=1). Os artigos foram de 2004 a 2013, com o maior número de publicações em 2005.

Os principais autores dos artigos foram: Boldt C., com sete publicações e Stucki G., com cinco. A maioria dos artigos foram das seguintes revistas: *Journal of Advanced Nursing* (n=5), com fator de impacto 1.477 e *Disability and Rehabilitation* (n=3), com fator de impacto 1.498 (WEB OF KNOWLEDGE, 2011). Quatorze artigos eram quantitativos, três eram discussões teóricas, três eram qualitativos, um era revisão crítica e um era modelo teórico. Em relação ao nível de evidência, dezessete artigos (76,19%)

apresentavam nível de evidência 6 e cinco artigos (23,80%) com nível de evidência 7. Quatorze artigos possuíam sujeitos de pesquisa, desses seis foram realizados com enfermeiro, cinco com pacientes, um com estudantes do curso de graduação em enfermagem, um com grupo de *experts* e um com trabalhadores saudáveis. O número de sujeitos nas pesquisas variaram de um a 469.

**Quadro 1** Artigos selecionados. Desenvolvido pelos autores.

<b>Autor, ano e país</b>	<b>Área de conhecimento</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Abordagem Metodológica</b>	<b>Resultados</b>	<b>Base de dados</b>
Pryor J et al. 2004 Austrália	Enfermagem em Reabilitação.	Relatar uma análise secundária das avaliações realizadas por estudantes de graduação em enfermagem em pacientes na busca de evidências da CIF.	Quantitativo	Há algumas evidências da CIF na avaliação de pacientes por estudantes de graduação em enfermagem, apoiando a sugestão de que há uma ressonância entre os blocos de construção (funções do corpo, atividades e participação, fatores ambientais e pessoais) da CIF e a enfermagem.	MEDLINE/ CINAHL
Kearney & Pryor 2004 Austrália	Ensino, prática e pesquisa em Enfermagem. Enfermagem em Reabilitação.	Apresentar uma visão crítica dos conceitos de deficiência e suas implicações para a enfermagem; Argumentar que uma visão ampliada é necessária; Examinar o desenvolvimento da CIF; Delinear a relação com a mudança de paradigmas de deficiência, explicar seus componentes e suas relações; Propor sua aplicação como um marco conceitual para o ensino, prática e pesquisa em enfermagem.	Revisão Crítica	A CIF é um quadro conceitual útil para o ensino, prática e pesquisa de enfermagem.	MEDLINE/ Web of science/ CINAHL
Heinen et al. 2005 Holanda	Processos de Enfermagem.	Investigar a aplicabilidade da CIF na enfermagem prática, com foco nos diagnósticos de enfermagem.	Quantitativo	A grande maioria dos temas abordados nos diagnósticos de enfermagem podem ser classificados através da CIF.	MEDLINE/ Web of science/ CINAHL
Wang et al. 2005 Taiwan	Enfermagem em Reabilitação.	Propor um modelo teórico para prevenir a osteoartrite (OA) e as incapacidades associadas.	Modelo teórico	O modelo inclui a trajetória da doença, descrevendo a sequência de eventos da OA e as incapacidades associadas. Fatores contextuais que influenciam o processo incluem características individuais, estado psicológico, estilo de enfrentamento, comorbidades, apoio social e ambiente físico.	MEDLINE
Boldt et al. 2005 Alemanha/Suíça	Enfermagem em Reabilitação.	Determinar se a CIF abrange os objetivos das intervenções de enfermagem e identificar as áreas de funcionalidade, incapacidade e saúde mais relevantes para a prática de enfermagem com pacientes neurológicos em situações agudas e pós-agudas, com necessidade de reabilitação.	Quantitativo	Cento e dezoito intervenções de enfermagem foram documentadas pela equipe de enfermagem. Os objetivos das intervenções foram ligados a 67 diferentes categorias de segundo nível da CIF. Trinta pertencem às funções do corpo, dezenove para as estruturas do corpo, treze para as atividades e	Web of science/ CINAHL

				participação, e cinco para os fatores ambientais.	
Van Achterberg et al. 2005 Holanda	Enfermagem prática.	Relatar um estudo que explorou sistematicamente à utilização da CIF por enfermeiros assistenciais.	Quantitativo	Os números relativos aos códigos de três dígitos selecionados nos estudos foram substanciais, revelando um foco predominante nas funções do corpo (53%), componente de atividades (38%) e participação (19%), e fatores ambientais (37%).	MEDLINE/ Web of science/ CINAHL
Ostensjo et al. 2006 Noruega	Enfermagem em Reabilitação.	Examinar a base conceitual e o conteúdo do Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade (PEDI) usando a CIF.	Qualitativo	A base conceitual das escalas do PEDI em grande medida coincide com os conceitos da CIF de componentes de atividade/participação e ambientais. Tanto o PEDI como a CIF utilizam os componentes de capacidade e desempenho, mas diferem em como operacionalizar estes componentes.	MEDLINE
Pajalic et al. 2006 Suécia	Enfermagem em Reabilitação.	Explorar a funcionalidade (funções, atividades e participação) e saúde subjetiva dos sobreviventes de acidente vascular cerebral (AVC) seis meses após a alta hospitalar. Investigar os padrões de funções e atividades, e as associações entre a funcionalidade e a saúde subjetiva.	Quantitativo	A CIF pode ser usada como um quadro de cuidados de enfermagem se operacionalizada para uso prático.	Web of science
Kanervisto et al. 2007 Finlândia	Enfermagem em Reabilitação.	Descrever as experiências das pessoas com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) em suas vidas cotidianas utilizando a CIF.	Qualitativo	Os resultados apresentam o comprometimento da função do corpo de pessoas com DPOC. Familiares fornecem conhecimento dos fatores que promovem o bem-estar das pessoas com DPOC, destacando a importância do cônjuge.	MEDLINE
Boldt et al. 2007 Suíça	Enfermagem em Reabilitação.	Descobrir se a CIF abrange as intervenções de enfermagem e identificar as áreas de funcionalidade, incapacidade e saúde mais relevantes para a enfermagem prática no tratamento de pacientes com lesão de medula espinhal.	Quantitativo	Este estudo Delphi, que será finalizado em setembro de 2007, representa o primeiro passo para a identificação de uma lista de categorias de intervenção relevantes para os enfermeiros nos cuidados de pacientes com lesão de medula espinhal de acordo com a linguagem comum da CIF.	CINAHL
Howard et al. 2008 EUA/ Canadá	Enfermagem em Reabilitação.	Discutir como a CIF pode ser útil na mudança social através da promoção da saúde e da educação em saúde para todas as pessoas, em particular para as pessoas com incapacidade e doenças crônicas.	Discussão Teórica	Pesquisas futuras devem concentrar-se na relação entre as políticas e a participação social das pessoas com incapacidade nas comunidades, o uso de medição da CIF pode melhorar os indicadores estabelecidos pela Organização Nacional de Incapacidade, o desenvolvimento de um novo Core Set da CIF para a acessibilidade e inclusão na comunidade melhora as intervenções de apoio social e reforça o papel dos profissionais na promoção da saúde das pessoas com incapacidade ou com condições crônicas de saúde.	MEDLINE

Mueller et al. 2008 Alemanha/ Suíça	Enfermagem em Reabilitação.	Identificar as categorias da CIF relevantes para a assistência de enfermagem na situação aguda e pós-aguda de reabilitação.	Quantitativo	Oitenta e sete por cento das categorias definidas pela CIF podem estar ligadas a metas de pelo menos uma variável de intervenção de enfermagem (LEP).	MEDLINE
Campbell 2009 Canadá	Enfermagem em Reabilitação.	Utilização da CIF como um quadro conceitual para discutir úlceras por pressão em idosos frágeis.	Discussão Teórica	A abordagem biopsicossocial da CIF é necessária para todos os aspectos de cuidados. Este modelo propicia a enfermeira de reabilitação um olhar para os fatores ambientais, pessoais, externos e internos, os quais podem ser modificados para reduzir o risco de úlceras por pressão e fragilidade.	MEDLINE
Machado & de Figueiredo 2009 Brasil	Medicina física e reabilitação; Enfermagem em Reabilitação.	Identificar estratégias para reduzir o nível de dependência da pessoa com sequela de lesão traumática cerebral de grande porte, para ajuda no desempenho de atividades cotidianas e autocuidado.	Quantitativo	Elaborou-se protótipo pautado na tecnologia assistiva para auxiliar na mobilização e respectivas transferências, com resultados satisfatórios, porém restritos à dinâmica de projetar-se de uma superfície para outra com respectivo alinhamento do corpo.	LILACS
Rauch et al. 2009 Alemanha/ Suíça	Enfermagem em Reabilitação.	Validar o Core Set da CIF para Artrite Reumatoide (AR) na perspectiva de enfermeiros.	Quantitativo	A validade do Core Set da CIF para AR foi amplamente apoiada pelos enfermeiros. No entanto, um certo número de funções do corpo que se dirigem aos efeitos colaterais de terapias medicamentosas não foram incluídos no núcleo da CIF para AR. Além disso, vários problemas surgiram, que não foram precisamente coberto pela CIF como "mucosa seca", "risco de úlceras por pressão" e "altura", necessitando de outras investigações.	MEDLINE/ Web of science/ CINAHL
Boldt et al 2010 Suíça/ Alemanha	Processos de Enfermagem.	Apresentar uma discussão sobre as relações conceituais e práticas da CIF e da NANDA- Taxonomia Internacional II de diagnósticos de enfermagem, e seu uso na prática de enfermagem.	Discussão Teórica	A NANDA permite o cumprimento dos requisitos que são exclusivamente de enfermagem. A aplicação da CIF é útil para os enfermeiros para comunicar problemas de enfermagem com outros profissionais de saúde em uma linguagem comum. Para os enfermeiros, o conhecimento compartilhado com outros profissionais de saúde pode contribuir para a compreensão mais ampla da situação de um paciente.	MEDLINE/ Web of science/ CINAHL
Machado & Scramin 2010 Brasil	Enfermagem em Reabilitação.	Identificar elementos da CIF, aplicáveis ao cuidado domiciliar de homens adultos tetraplégicos, com vistas à redução da dependência de ajuda de seus pais para as atividades de vida diária, e o autocuidado.	Qualitativo	Evidenciaram: suporte familiar – segurança para as funções corporais do incapacitado; tecnologia assistiva – inventividades para promoção da qualidade do cuidado; medos, futuro incerto e perda dos pais – limiares e fragilidades humanas; e ganho funcionais – respostas objetivas das funções corporais.	Web of science/ LILACS/ SCIELO
Mueller <i>et</i>	Enfermagem	Examinar a associação entre a	Quantitativo	Em pacientes com doenças	MEDLINE

<i>al.</i> 2010 Alemanha/ Suíça	em Reabilitação	funcionalidade dos pacientes, codificado por categorias do Core Set CIF aguda e carga de trabalho de enfermagem em pacientes em situação de cuidados intensivos; comparar a variação na carga de trabalho de enfermagem explicado pelas categorias da CIF Kit Básico e com o Índice de Barthel, e validar o Core Set CIF aguda por sua capacidade de prever a carga de trabalho de enfermagem.		neurológicas e cardiopulmonares, categorias da CIF selecionadas e a pontuação do índice Barthel explicou a mesma variação na carga de trabalho de enfermagem, enquanto a CIF foi ligeiramente superior ao índice de Barthel para as condições musculoesqueléticas.	
Kim & Coenen 2011 EUA	Enfermagem em Reabilitação.	Examinar em que medida a CIF e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) podem ser mapeadas para facilitar a comunicação entre profissionais nos contextos de saúde.	Quantitativo	Apenas menos da metade dos conceitos da CIF (46%) foram capazes de ser mapeados para conceitos da CIPE. Conceitos da CIF eram mais granulares do que conceitos da CIPE na área de funcionalidade e nas estruturas do corpo humano. Grandes desafios para o mapeamento das duas classificações resultou de diferenças na terminologia, representação do conceito, estrutura e especificidade de conteúdo.	MEDLINE
Boldt et al. 2012 Alemanha/ Suíça	Enfermagem em Reabilitação.	Examinar se a CIF pode ser usada como língua padrão para expressar objetivos de intervenção por parte dos enfermeiros que cuidam de pessoas com lesão medular.	Quantitativo	Os resultados deste estudo contribuem para a implementação da CIF na prática da enfermagem para o cuidado de pessoas com lesão medular. Participaram do estudo: Enfermeiros (N = 35) de 17 países; 823 respostas foram ligadas a um conjunto de 143 categorias, 24 fatores pessoais, e 51 conceitos classificados como "não coberto", dos quais 32 foram áreas de importância fundamental para os enfermeiros. Estes eram principalmente os riscos que as pessoas com lesão medular podem enfrentar, tais como o risco de futuras dificuldades.	MEDLINE
Johansson <i>et al.</i> 2013 Suécia	Enfermagem Psiquiátrica	Descreve o desenvolvimento de uma ferramenta de avaliação com base na CIF adaptado a um contexto de enfermagem psiquiátrica.	Quantitativo	Os resultados dos valores do kappa foram considerados como aceitáveis quando se utiliza casos simulados de paciente.	MEDLINE
Lakke <i>et al.</i> 2013 Holanda	Saúde do Trabalhador	Relações de teste entre capacidade funcional (FC) e outros fatores da CIF em uma amostra de trabalhadores saudáveis para determinar a quantidade de variância estatística nos testes de FC que pode ser explicada por esses fatores.	Quantitativo	Foram detectadas correlações moderadas entre os testes de FC de manuseio de material e força muscular, sexo, peso corporal e altura do corpo.	MEDLINE

**Quadro 2** Artigos selecionados. Desenvolvido pelos autores.

<b>Autor (ano, país)</b>	<b>Número de sujeitos de pesquisa</b>	<b>Utilização da CIF</b>	<b>Instrumentos</b>	<b>Ambientes em que a CIF é utilizada</b>	<b>Contribuições da CIF para o trabalho dos enfermeiros</b>
Pryor J et al. 2004 Austrália	27 estudantes	Quadro analítico.	Formulário de avaliação das Atividades de Vida Diária (AVD) para sustentar a vida e para participar da vida, conforme Dittmar.	Clínica de reabilitação.	Auxilia na avaliação e no planejamento das necessidades de saúde das pessoas com deficiência que estão sob os cuidados dos enfermeiros.
Kearney & Pryor 2004 Austrália	–	Quadro conceitual.	–	–	A CIF pode se tornar uma ferramenta valiosa na busca de melhores práticas e de resultados positivos para os pacientes.
Heinen et al. 2005 Holanda	6 enfermeiros	Quadro conceitual.	Diagnósticos de enfermagem a partir da NANDA.	Centros médicos universitários.	A terminologia e os códigos da CIF podem ser utilizados nas declarações de problemas, bem como na etiologia e sinais e sintomas.
Wang et al. 2005 Taiwan	–	Quadro conceitual.	–	–	O modelo fornece um quadro conceitual útil para a compreensão do processo de incapacidade da OA a partir de uma perspectiva biopsicossocial e orienta as intervenções de enfermagem em reabilitação nos cuidados da OA.
Boldt et al. 2005 Alemanha/Suíça	290 pacientes	Relação das intervenções de enfermagem com as categorias (Funções e estruturas do corpo, atividades e participação, e fatores ambientais) da CIF.	–	Centro de Terapia Neurológica e Hospital Neurológico.	As intervenções de enfermagem para pacientes neurológicos em situações agudas e pós-agudas com necessidade de reabilitação poderia estar ligado a categorias da CIF, apoiando a utilidade da CIF em enfermagem.
Van Achterberg et al. 2005 Holanda	469 enfermeiros 178 outros profissionais de saúde	Categorias (Funções e estruturas do corpo, atividades e participação, e fatores ambientais) da CIF na prática de enfermagem.	–	Centros médicos universitários.	A CIF pode ser uma ferramenta útil para classificar e comunicar aspectos da funcionalidade dos pacientes. Estimula para a avaliação além das funções e estruturas do corpo.
Ostensjo et al. 2006 Noruega	2 pesquisadores	Relação entre o Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade (PEDI) e a CIF	PEDI	–	A CIF pode servir como um marco conceitual para esclarecer o modelo de medição das escalas do PEDI e, como taxonomia para descrever e esclarecer o conteúdo do item das escalas funcionais. Tanto a estrutura como a taxonomia da CIF apresentaram limitações na cobertura de funcionamento na primeira infância.
Pajalic et al. 2006 Suécia	89 sobreviventes de AVC	Quadro Conceitual.	Índice de Katz (Avaliação das Atividades Básicas de Vida Diária); Avaliação das Atividades	Domicílio.	A Adaptação da CIF em um questionário prático, incorporando dimensões de funções, atividades, participação e saúde tem o potencial de ampliar a perspectiva dos enfermeiros ao cuidar de

Instrumentais de Vida Diária; Escala de Berger (Avaliação da capacidade cognitiva). Short Form Health Survey, SF-12 (Saúde física e mental subjetiva).

sobreviventes de AVC.

Kanervisto et al. 2007 Finlândia	–	Referencial teórico.	–	Domicílio.	Referencial teórico para pesquisas em enfermagem.
Boldt et al. 2007 Suíça	–	Relação das intervenções de enfermagem com as categorias (Funções e estruturas do corpo, atividades e participação, e fatores ambientais) da CIF.	–	–	Identificação de uma lista de categorias de intervenções relevantes para os enfermeiros nos cuidados de pacientes com lesão de medula espinhal de acordo com a linguagem comum da ICF.
Howard et al. 2008 EUA/Canadá	–	Utilização da CIF para a mudança social através da promoção da saúde e da educação em saúde.	–	Comunidade.	Na promoção da saúde e na educação em saúde na comunidade.
Mueller et al. 2008 Alemanha/Suíça	2 enfermeiros	Core set da CIF para intervenções de enfermagem.	Intervenção de Enfermagem (LEP) relevante para situação aguda e pós-aguda de reabilitação.	Hospital de reabilitação.	O core set da CIF para descrever as metas de intervenções de enfermagem facilita a comunicação interprofissional e respeita as necessidades do paciente. A CIF pode, assim, ser um instrumento útil para definir objetivos de intervenção de enfermagem.
Campbell 2009 Canadá	–	Quadro conceitual.	–	–	Olhar ampliado dos fatores de risco das úlceras por pressão.
Machado & de Figueiredo 2009 Brasil	1 paciente	Quadro conceitual.	–	Domicílio.	Como proveitoso é o uso de estratégias para o cuidado pautadas nos componentes da funcionalidade da CIF, quando relativos às estruturas corporais, e no componente das atividades e participação, consoantes aos fatores ambientais propícios e acessibilidade para o despertar dos potenciais fatores pessoais do cliente e a adequada intervenção dos cuidadores domiciliares.
Rauch et al. 2009 Alemanha/Suíça	57 enfermeiros	Utilização prática por meio do Core Set.	–	–	A CIF fornece um quadro e linguagem comum para todas as profissões de saúde, incluindo a enfermagem. O Core Set da CIF a AR facilita a aplicação da CIF na prática clínica.
Boldt et al. 2010 Suíça/Alemanha	–	Relação da CIF com os diagnósticos de enfermagem da NANDA.	NANDA	–	A CIF e a NANDA devem ser usadas em conjunto por enfermeiros e podem complementar-se para melhorar a qualidade do trabalho da equipe clínica e da prática de enfermagem.
Machado & Scramin	8 pacientes	Quadro conceitual.	–	Domicílio.	Modelo conceitual.

2010 Brasil					
Mueller <i>et al.</i> 2010 Alemanha/Suíça	Pacientes submetidos a reabilitação	Quadro conceitual.	Índice de Barthel LEP	Três hospitais afiliados a universidades.	Modelo conceitual.
Kim & Coenen 2011 EUA	–	Relação da CIF com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).	CIPE	–	Apóia o avanço na área de harmonização das terminologias de saúde. Aplicações que combinam os conceitos da CIF e da CIPE devem ser mais testados na prática.
Boldt <i>et al.</i> 2012 Alemanha/Suíça	35 enfermeiros	Língua padrão para expressar objetivos de intervenção para o cuidado de pessoas com lesão medular.	–	Diferentes ambientes.	É apresentando uma lista de categorias da CIF e outros domínios relevantes para a prática de enfermagem que pode ser usado como um conjunto de dados para documentar os problemas e metas de enfermagem na intervenção e no tratamento de pessoas com lesão medular. Provas para o fato bem conhecido de que os enfermeiros cuidam de pacientes a partir de uma perspectiva biopsicossocial; seus objetivos de intervenção vão além de Atividades e Participação, abordando também funções do corpo, fatores ambientais e pessoais. Um conjunto de dados que permite que os enfermeiros comparar as suas contribuições para o cuidado do paciente com outros profissionais de saúde, em diferentes contextos e em nível internacional.
Johansson <i>et al.</i> 2013 Suécia	Grupo de <i>experts</i>	Estrutura conceitual para o desenvolvimento de uma ferramenta de avaliação	–	Ambientes psiquiátricos e comunidades	A ferramenta pode potencialmente servir como auxílio para identificar e discutir as áreas que o paciente considera como problemática em sua vida cotidiana.
Lakke <i>et al.</i> 2013 Holanda	403 trabalhadores saudáveis	Quadro conceitual	Cinco testes de CF; Dinamômetro; Teste na esteira; Questionário de Baecke; Questionário (BPAQ); Questionário de carga de trabalho psicossocial e estresse relacionado ao trabalho.	Ambiente de trabalho	Modelo conceitual

### Temas definidos

Três temas foram identificados a partir da literatura analisada: Utilização da CIF na prática clínica, utilização da CIF no ensino de estudantes e enfermeiros e a utilização da CIF na pesquisa em enfermagem.

### **Utilização da CIF na prática clínica**

Evidências demonstraram que há tentativas de aplicação da CIF na prática clínica dos enfermeiros em onze artigos selecionados (HEINEN; et al., 2005; BOLDT; et al., 2005; VAN ACHTERBERG; et al., 2005; PAJALIC; et al., 2006; BOLDT; et al., 2007; MUELLER; et al., 2008; MACHADO; de FIGUEIREDO, 2009; RAUCH; et al., 2009; MUELLER; et al., 2010; BOLDT; et al., 2012; LAKKE; et al., 2013). Na maioria desses artigos (n=8) a aplicação da CIF na prática clínica está delimitada na área da Enfermagem em Reabilitação (BOLDT; et al., 2005; PAJALIC; et al., 2006; BOLDT; et al., 2007; MUELLER; et al., 2008; MACHADO; de FIGUEIREDO, 2009; RAUCH; et al., 2009; MUELLER; et al., 2010; BOLDT; et al., 2012), direcionada principalmente para as intervenções de enfermagem (n=4), com pacientes em situação aguda e pós-aguda com necessidade de reabilitação (BOLDT; et al., 2005; MUELLER; et al., 2008) e pacientes com lesão medular (BOLDT; et al., 2007; BOLDT; et al., 2012).

Estudo de Boldt; et al. (2005), que buscou determinar se a CIF abrange os objetivos das intervenções de enfermagem e identificar as áreas de funcionalidade, incapacidade e saúde mais relevantes para a prática de enfermagem, verificou que cento e dezoito diferentes intervenções de enfermagem foram documentadas. Para cada intervenção, nove categorias da CIF foram identificadas. Os objetivos das intervenções de enfermagem foram relacionados a 67 diferentes categorias da CIF de segundo nível. Das 67 categorias, 30 pertencem ao componente Funções do Corpo, 19 para o componente de Estruturas do Corpo, 13 para o componente de Atividades e Participação e cinco para os fatores Ambientais que o compõem. Todas as intervenções de enfermagem registradas poderiam estar relacionadas à pelo menos uma categoria da CIF.

Mueller; et al. (2008) ao identificar categorias da CIF relevantes para a assistência de enfermagem na situação aguda e pós-aguda de reabilitação demonstrou que oitenta e sete por cento das categorias definidas pela CIF podem estar relacionadas a objetivos de pelo menos uma variável de intervenção de enfermagem. As intervenções de enfermagem que estavam relacionadas com o maior número de categorias da CIF eram “intervenção terapêutica”, “enfermeiro-paciente e a comunicação/informações fornecida” e “mobilização”.

Estes resultados sugerem que a CIF é relevante para a Enfermagem em Reabilitação e que as tentativas de relacionar as intervenções de enfermagem aos códigos da CIF por meio do desenvolvimento de Core Sets pode ser uma forma viável

de comunicação inter-profissional, respeitando as necessidades do paciente. Assim, a CIF pode ser um instrumento útil para definir os objetivos de intervenção de enfermagem (MUELLER; et al., 2008).

Ao buscar evidenciar se a CIF abrange as intervenções de enfermagem e identificar as áreas de funcionalidade, incapacidade e saúde mais relevantes para a prática de enfermagem no tratamento de pacientes com lesão de medula espinhal, estudo, demonstrou que essa iniciativa representou o primeiro passo para a identificação de uma lista de categorias de intervenção relevantes para enfermeiros no atendimento de pacientes com lesão de medula espinhal, de acordo com a linguagem da CIF (BOLDT; et al., 2007). Tal fato vem impulsionando pesquisas nessa perspectiva.

Isso é demonstrado em estudo posterior, quando resultados são apresentados destacando que a implementação da CIF contribui para o cuidado de pessoas com lesão medular ao identificar que 823 respostas foram ligadas a um conjunto de 143 categorias da CIF (BOLDT; et al., 2012).

A utilização da CIF gera um conjunto de dados que permite aos enfermeiros comparar suas contribuições para o cuidado dos pacientes com outros profissionais da saúde e em nível internacional. Porém, os autores sugerem que futuras pesquisas devem ser desenvolvidas para confirmar a utilidade desse conjunto de dados na prática clínica e contribuir para o processo de atualização da CIF (BOLDT; et al., 2012).

Tais evidências da CIF na prática clínica da enfermagem corroboram para a identificação de que o seu uso vem sendo desenvolvido principalmente na área da Enfermagem em Reabilitação. Destaca-se entre essas pesquisas, o estudo de Machado; de Figueiredo (2009) que, por meio do referencial da CIF, planejou e elaborou uma tecnologia assistiva para reduzir o nível de dependência e auxiliar no desempenho das atividades cotidianas e de autocuidado para paciente com lesão traumática cerebral de grande porte.

Dois estudos desenvolvidos em Centro Médico Universitários apresentaram a aplicabilidade da CIF na enfermagem, com foco nos processos/diagnósticos de enfermagem, conforme a Taxonomia Internacional de Diagnósticos de Enfermagem II (NANDA), suas relações conceituais e o seu uso na prática clínica (HEINEN; et al., 2005, VAN ACHTERBERG; et al., 2005). Verificou-se que a grande maioria dos temas abordados nos diagnósticos de enfermagem podem ser classificados através da CIF e que os códigos mais identificados relacionavam-se com os componentes das Funções do Corpo e Atividades (HEINEN; et al., 2005).

Ao explorar sistematicamente a utilização da CIF por enfermeiros assistenciais, identificou-se que os números relativos aos códigos de três dígitos selecionados nos estudos foram substanciais, revelando um foco predominante nas Funções do Corpo (53%), componente de Atividade (38%), Participação (19%) e fatores Ambientais (37%) (VAN ACHTERBERG; et al., 2005), demonstrando que a CIF pode ser um instrumento de trabalho útil para classificar e comunicar aspectos de funcionalidade do paciente por enfermeiros.

Atenta-se para o fato de que os estudos relativos às intervenções de enfermagem e aos processos/diagnósticos de enfermagem na relação com a CIF, identificam facilmente os componentes Funções e Estruturas do Corpo do que Atividades e Participação, e fatores Ambientais. Isso é mais predominante porque o ambiente de cuidados de enfermagem, nestes estudos, o ambiente hospitalar, direciona para a identificação desses componentes. Porém, entende-se que é necessária a visualização pelos enfermeiros de todos os componentes da CIF para um reconhecimento ampliado das necessidades dos pacientes em reabilitação.

Estudo de Lakke; et al., (2013), apresentou a aplicabilidade da CIF na prática clínica diferentemente dos demais estudos selecionados. A CIF foi utilizada na relação com testes de Capacidade Funcional (FC) em trabalhadores saudáveis, revelando outras possibilidades de utilização. O estudo revelou que os testes de FC foram relacionados a fatores físicos, mas não para fatores psicossociais registrados no estudo. A construção do trabalho estatístico dos testes de FC manteve-se praticamente inexplicável. Uma limitação do estudo foi que o *design* transversal não é adequado para a previsão do desempenho do trabalho futuro ou da futura incapacidade para o trabalho.

### **Utilização da CIF no ensino de estudantes e enfermeiros**

A partir da literatura verificou-se que a CIF contribui, como modelo conceitual, para o ensino de estudantes de enfermagem e de enfermeiros. Apresentando uma retórica abrangente, com inúmeras possibilidades de contribuição para o trabalho dos enfermeiros, contudo sem uma aplicação bem delimitada desta na prática clínica.

O modelo conceitual da CIF incentiva os estudantes de graduação em enfermagem a pensar de forma abrangente, considerando as pessoas como seres biopsicossociais, que fazem parte de grupos, como a família e a comunidade. Essas possuem papéis dentro destes grupos podendo influenciar e ser influenciado nesses ambientes. Além disso, o modelo da CIF permite a reconceitualização do termo

deficiência, entendendo-a como uma experiência humana social, política e cultural (KEARNEY; PRYOR, 2004).

Estudo que buscou evidências da CIF nas avaliações de pacientes em reabilitação realizadas por estudantes de graduação em enfermagem, verificou que há evidências dos blocos de construção da CIF nas avaliações realizadas. As avaliações foram desenvolvidas por meio do formulário de atividades de vida diária para sustentar a vida e para participar da vida. Constatou-se que a documentação das informações foi maior em relação à Função do Corpo e fatores Pessoais do que Atividades e Participação, apoiando a sugestão de que há ressonância entre os blocos de construção da CIF e a enfermagem (PRYOR; et al., 2004). Isso demonstra possibilidades de contribuição da CIF na avaliação e no planejamento das necessidades de saúde das pessoas com deficiência que estão sob os cuidados dos enfermeiros (PRYOR; et al., 2004).

Outro aspecto evidenciado foi de que a abordagem biopsicossocial da CIF é necessária para todos os aspectos do cuidado. Esta abordagem propicia ao enfermeiro de reabilitação um olhar para os fatores ambientais, pessoais, externos e internos, os quais podem ser modificados para reduzir, por exemplo, os riscos de úlceras por pressão e fragilidade em idosos (CAMPBELL, 2009).

Ao apresentar uma discussão sobre as relações conceituais e práticas da CIF e da Taxonomia Internacional de Diagnósticos de Enfermagem (NANDA), e seu uso na prática de enfermagem, estudo de Boldt; et al. (2010), evidenciou que a NANDA permite o cumprimento dos requisitos que são exclusivamente de enfermagem e que a aplicação da CIF é útil para os enfermeiros para comunicar problemas de enfermagem com outros profissionais de saúde em uma linguagem comum. Para os enfermeiros, o conhecimento compartilhado com outros profissionais de saúde pode contribuir para a compreensão mais ampla da situação de um paciente.

### **Utilização da CIF na pesquisa em Enfermagem**

A CIF contribui enquanto referencial teórico para as pesquisas em enfermagem (KANERVISTO; et al., 2007, MACHADO; SCRAMIN, 2010), podendo colaborar para expandir o olhar dos fatores de risco das úlceras por pressão em idosos frágeis (CAMPBELL, 2009), para a compreensão do processo de incapacidade ocasionada pela osteoartrite (WANG; et al., 2005), para a ampliação da perspectiva dos enfermeiros ao cuidar de sobreviventes de acidente vascular cerebral (PAJALIC; et al., 2006), para

definir os objetivos de intervenção de enfermagem (MUELLER; et al., 2008), bem como, para as investigações das relações conceituais e práticas com a Taxonomia Internacional de Diagnósticos de Enfermagem (BOLDT; et al., 2010), com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (KIM; COENEN, 2011) e para a discussão de como a CIF pode ser útil na mudança social através da promoção da saúde e da educação em saúde para todas as pessoas com incapacidades (HOWARD; et al., 2008).

Contudo, quatro dessas pesquisas (WANG; et al., 2005, HOWARD; et al., 2008, CAMPBELL, 2009; BOLDT; et al., 2010) demonstram tais resultados por meio de métodos com nível de evidências 7, ou seja, evidências oriundas de opinião de autoridades (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2005), o que torna frágil a incorporação imediata dessas evidências à prática clínica. Porém, tais achados fornecem perspectivas para futuras pesquisas com a incorporação de métodos que forneçam níveis de evidências mais fortes. Na análise de qualidade realizada por meio de instrumento específico (BOWLING, 2002; DESBOROUGH; et al., 2012) seis estudos dos nove apresentados acima ofereceram discussões a respeito das limitações de seu estudo e do método utilizado, o que oportuniza a verificação das fragilidades e os aspectos potenciais para novas pesquisas.

Estudos (MUELLER; et al., 2008; RAUCH; et al., 2009) destacaram a contribuição da CIF na pesquisa em enfermagem, por meio do desenvolvimento de Core Sets para intervenções de enfermagem (MUELLER; et al., 2008) e para artrite reumatóide (RAUCH; et al., 2009), podendo facilitar a aplicação na prática clínica específica da área da Enfermagem em Reabilitação.

A CIF pode servir como um marco conceitual para esclarecer o modelo de mensuração da escala de Inventário da Avaliação Pediátrica de Incapacidade (PEDI) e como uma taxonomia para descrever e esclarecer o conteúdo do item escalas funcionais (OSTENSJO; et al., 2006). Contribui ainda, para a construção de uma ferramenta de avaliação adaptada ao contexto de enfermagem psiquiátrica (JOHANSSON; et al., 2013), bem como, para testar relações entre os testes de Capacidade Funcional em trabalhadores saudáveis (LAKKE; et al., 2013).

## **Discussão**

Os resultados deste estudo evidenciaram que os países que mais desenvolveram publicações relacionadas com a CIF foram Alemanha/Suíça (n=6), os quais possuíam

parcerias entre seus pesquisados. A maioria desses pesquisadores fazia parte do Centro Colaborador de Pesquisa da CIF da OMS. A Alemanha, especificamente, é um dos países europeus mais dinamizadores da implementação e divulgação da CIF, desde 2004 fundamenta o seu regime de pensões na classificação, apesar das dificuldades iniciais de tradução dos seus conceitos e construtos (SCHUNTERMANN, 2005).

Observou-se que o ano de 2005 foi o que apresentou o maior número de publicações (n=4). Outro estudo, investigando o uso da CIF por meio de uma revisão da literatura, realizada no ano de 2007 e que analisou 243 publicações das diferentes áreas do conhecimento verificou também que o maior número de publicações foi no ano de 2005 (n=64) (JELSMA, 2009).

A maioria dos estudos utilizou uma abordagem metodológica quantitativa. Em relação ao nível de evidência, dezessete artigos apresentaram evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo (nível de evidência 6) e cinco artigos apresentaram opinião de autoridades (nível de evidência 7) (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2005). Outro aspecto relevante é o número de sujeitos de pesquisa nos artigos selecionados, que variou de um a 469, demonstrando que há tentativas de desenvolver pesquisas relacionadas com a CIF com um número variável de sujeitos.

Resultados deste estudo identificaram a utilização da CIF na prática clínica do enfermeiro, no ensino de estudantes de enfermagem e enfermeiros e na pesquisa em enfermagem, com ênfase no uso da CIF na área da enfermagem em reabilitação em 17 publicações.

Destaca-se que a área da reabilitação é uma das áreas que mais cresce em publicações relacionadas com a CIF (JELSMA, 2009), oferecendo uma linguagem comum entre as disciplinas de reabilitação, códigos genéricos de informações em saúde, promoção de uma base comum para a compreensão dos estados funcionais associados com as condições de saúde e comparação dos dados entre os países (EADIE, 2001; KEARNEY; PRYOR, 2004). Na área da Enfermagem em Reabilitação esse crescimento das publicações mostrou-se nos nossos resultados, corroborando com a literatura.

Apesar do fato de que a OMS (2001) enfatiza que a CIF pode ser utilizada em diversas áreas do conhecimento, nos resultados desse estudo tal perspectiva é raramente explorada na prática clínica dos enfermeiros, na qual a maioria dos artigos (n=8) demonstram o seu uso na especificidade da área da enfermagem em reabilitação. Isto sugere que mais pesquisas deverão ser realizadas para explorar outras possibilidades de utilização da CIF, tais como o estudo de Lakke; et al. (2013) que buscou correlações

entre os componentes da CIF com testes de capacidade funcional em trabalhadores saudáveis, diferenciam-se dos demais estudos.

Ao comparar as publicações da enfermagem relacionadas com a CIF com outras áreas do conhecimento percebe-se que as publicações da enfermagem ainda são reduzidas e que é necessário que os enfermeiros invistam nessas investigações, visto que, a CIF é uma classificação de referência para todas as disciplinas em todos os países do mundo (JELSMA, 2009). Em Taiwan, por exemplo, a partir do ano de 2012, a Lei de Proteção dos Direitos e Interesses dos Cidadãos com Deficiência exige que os prestadores de cuidados em saúde avaliem o nível de deficiência conforme a CIF, o que requer conhecimento da CIF por parte dos enfermeiros (SHEN; CHEN, 2012).

A maioria das publicações selecionadas não descreveram especificidades do ambiente físico, social e atitudinal onde a CIF era utilizada, não possibilitando um maior aprofundamento na análise. As publicações apenas mencionavam que os estudos foram desenvolvidos nos seguintes ambientes: Clínica/Hospital de Reabilitação; Centro de terapia neurológica e hospital neurológico; Domicílio; Comunidade e em três diferentes Centros Médicos Universitários. De acordo com a CIF, os fatores ambientais têm um impacto sobre todos os componentes da funcionalidade e da incapacidade e estão organizados de forma sequencial, do ambiente mais imediato do indivíduo até ao ambiente geral. Desse modo, os fatores ambientais constituem o ambiente físico, social e atitudinal em que as pessoas vivem e conduzem sua vida (WHO 2001), corroborando a importância do conhecimento acerca dos ambientes onde a CIF é utilizada.

A área da Enfermagem em Reabilitação foi a que mais apresentou publicações. Desse modo, visualiza-se que é necessário um maior investimento em estudos que abordem a prevenção de doenças e a promoção da saúde por meio da CIF. Como indicado pela OMS a CIF fornece uma estrutura conceitual para a informação aplicável aos cuidados de saúde pessoal, incluindo a prevenção, a promoção da saúde e a melhoria da participação, removendo ou atenuando as barreiras sociais e estimulando a atribuição de apoios e de facilitadores sociais (WHO, 2001).

Além disso, mais investigações são necessárias para abordar o conteúdo da CIF em relação à enfermagem, especialmente o seu uso no atendimento ao paciente e a capacidade dos enfermeiros para registrar e comunicar informações específicas de enfermagem. Isso requer que a CIF seja ampliada e detalhada para o conhecimento de enfermagem na atenção à saúde (FLORIN, et al.; 2013).

## Conclusão

Esta revisão contribui para que os enfermeiros visualizem como a CIF está sendo utilizada, em quais ambientes de cuidado e suas contribuições, enfatizando que a CIF poderá ser amplamente utilizada para a prevenção de doenças e promoção da saúde dos indivíduos, sem se restringir apenas à área da reabilitação.

Assim, esta revisão mostrou que a CIF pode ser um instrumento útil para o trabalho dos enfermeiros: no ensino, por exemplo, como modelo conceitual; na prática por gerar um conjunto de dados que permite aos enfermeiros comparar suas contribuições para o cuidado dos pacientes com outros profissionais da saúde, em diferentes ambientes e em nível internacional e na pesquisa para descrever questões de pesquisa e facilitar a interpretação.

A maioria das publicações selecionados não descreveram especificidades do ambiente físico e social onde a CIF era utilizada, como por exemplo, número de pacientes atendidos por dia, número de integrantes da equipe de enfermagem, tamanho do espaço físico, se os moveis eram adaptados para promoção do autocuidado, se havia a presença de familiares e/ou cuidadores, entre outros aspectos relevantes. Isso oportunizaria uma melhor análise, já que a CIF prioriza fatores ambientais, entendendo-os como barreiras e/ou facilitadores.

Recomendam-se maiores investigações na utilização da CIF por enfermeiros, desenvolvidas em diferentes ambientes de cuidado e nas diferentes áreas de conhecimento, para confirmar a utilidade desse conjunto de dados na prática clínica e contribuir para a atualização da CIF, assegurando que esta classificação da OMS seja explicitamente adaptada às necessidades dos enfermeiros. Há ainda uma necessidade para estimular a utilização e divulgação de estudos da CIF nos países em desenvolvimento.

## REFERÊNCIAS

BOLDT, C.; BRACH, M.; GRILL, E.; BERTHOU, A.; MEISTER, K.; MONIKA, S.; STUCKI, G. The ICF categories identified in nursing interventions administered to neurological patients with post-acute rehabilitation needs. **Disability and Rehabilitation**, v. 27, p. 431-436, 2005.

BOLDT, C.; GRILL, E.; BARTHOLOMEYCZIK, S.; BRACH, M.; RAUCH, A.; ERIKS-HOOGAND, I.; STUCKI, G. Combined application of the International Classification of Functioning, Disability and Health and the NANDA-International Taxonomy II. **Journal of Advanced Nursing**, v. 66, n. 8, p. 1885-1898, 2010.

BOLDT, C.; VELSTRA, I. M.; BRACH, M.; LINSEISEN, E.; CIEZA, A. Nurses' intervention goal categories for persons with spinal cord injury based on the International Classification of Functioning, Disability and Health: an international Delphi survey. **Journal of Advanced Nursing**, v. 20, 2012.

BOLDT, C.; VELSTRA, I.; CIEZA, A.; SCHEURINGER, M.; STUCKI, G. Spinal cord injury: identifying nursing intervention categories based on the World Health Organization's International Classification of Functioning, Disability, and Health. **SCI Nursing**, v. 24, n. 2, 2007.

BOWLING, A. **Research Methods in Health: Investigating Health and Health Services**. Open University Press, Philadelphia, 2002.

CAMPBELL, K. E. A new model to identify shared risk factors for pressure ulcers and frailty in older adults. **Rehabilitation Nursing**, v. 34, n. 6, p. 242-247, 2009.

DESBOROUGH, J.; FORREST, L.; PARKER, R. Nurse-led primary healthcare walk-in centres: an integrative literature review. **Journal of Advanced Nursing**, v. 68, p. 248-263, 2012.

EADIE, T. L. The ICIDH-2: theoretical and clinical implications for speech-language pathology. **Journal of Speech Language Pathology and Audiology**, v. 25, p. 181-200, 2001.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 8, n. 2, p. 187-193, 2005.

FLORIN, J.; EHRENBERG, A.; EHNFORSS, M.; BJÖRVELL, C. A comparison between the VIPS model and the ICF for expressing nursing content in the health care record. **International Journal of Medical Informatics**, v. 82, n. 2, p. 108-117, 2013.

FONTES, A. P.; FERNANDES, A. A.; BOTELHO, M. A. Funcionalidade e incapacidade: aspectos conceituais, estruturais e de aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 28, n. 2, p. 171-178, 2010.

GALVÃO, C. M. Níveis de evidência. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 5-5, 2006.

HOWARD, D.; NIEUWENHUIJSEN, E. R.; SALEEBY, P. Health promotion and education: Application of the ICF in the US and Canada using an ecological perspective. **Disability and Rehabilitation**, v. 30, n. 12-13, p. 942-954, 2008.

JELSMA, J. Use of the International Classification of Functioning, Disability and Health: A literature survey. **Journal of Rehabilitation Medicine**, v. 41, p. 1-12, 2009.

JOHANSSON, C.; ÅSTRÖM, S.; KAUFFELDT, A.; CARLSTRÖM, E. Daily Life Dialogue Assessment in Psychiatric Care – Face Validity and Inter-Rater Reliability of

a Tool Based on the International Classification of Functioning, Disability and Health. **Archives of Psychiatric Nursing**, v. 27, n. 6, p. 306-311, 2013.

KANERVISTO, M.; KAISTILA, T.; PAAVILAINEN, E. Severe chronic obstructive pulmonary disease in a family's everyday life in Finland: perceptions of people with chronic obstructive pulmonary disease and their spouses. **Nursing & Health Sciences**, v. 9, n. 1, p. 40-47, 2007.

KEARNEY, P. M.; PRYOR, J. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) and nursing. **Journal of Advanced Nursing**, v. 46, p. 162-170, 2004.

KIM, T. Y.; COENEN, A. Toward harmonising WHO International Classifications: a nursing perspective. **Informatics for Health & Social Care**, v. 36, n. 1, p. 35-49, 2011.

LAKKE, S. E.; SOER, R.; GEERTZEN, J. H. B.; WITTINK, H.; DOUMA, R. K. W.; VAN DER SCHANS, C. P.; RENEMAN, M. F. Construct validity of functional capacity tests in *healthy workers*. **BMC Musculoskeletal Disorders**, v. 14, 2013.

MACHADO, W. C. A.; de FIGUEIREDO, N. M. A. Base fixa teto/mãos: cuidados para autonomia funcional de pessoas com sequela de lesão neurológica espástica. **Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery**, n. 13, v. 1, 2009.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. Making the case for evidence-based practice. In: MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare**. A guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005.

MRAYYAN, M. T. The influence of standardized languages on nurses' autonomy. **Journal of Nursing Management**, v. 13, p. 238-241, 2005.

MUELLER, M.; BOLDT, C.; GRILL, E.; STROBL, R.; STUCKI, G. Identification of ICF categories relevant for nursing in the situation of acute and early post-acute rehabilitation. **BMC Nursing**, v. 7, n. 3, 2008.

MULLER, M.; LOHMANN, S.; STROBL, R.; BOLDT, C.; GRILL, E. Patients' functioning as predictor of nursing workload in acute hospital units providing rehabilitation care: a multi-centre cohort study. **BMC Health Services Research**, v. 10, 2010.

ØSTENSJØ, S.; BJORBÆKMO, W.; CARLBERG, E. B.; VØLLESTAD, N. K. Assessment of everyday functioning in young children with disabilities: An ICF-based analysis of concepts and content of the Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI). **Disability and Rehabilitation**, v. 28, n. 8, p. 489-504, 2006.

PAJALIC, Z.; KARLSSON, S.; WESTERGREN, A. Functioning and subjective health among stroke survivors after discharge from hospital. **Journal of Advanced Nursing**, v. 54, n. 4, p. 457-466, 2006.

PRYOR, J.; FORBES, R.; HALL-PULLIN, L. Is there evidence of the International Classification of Functioning, Disability and Health in undergraduate nursing students' patient assessments? **International Journal of Nursing Practice**, v. 10, p. 134-141, 2004.

RAUCH, A.; KIRCHBERGER, I.; BOLDT, C.; CIEZA, A.; STUCKI, G. Does the Comprehensive International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Core Set for rheumatoid arthritis capture nursing practice? A Delphi survey. **International Journal of Nursing Studies**, v. 46, p. 1320-1334, 2009.

SAMPAIO, R. F.; LUZ, M. T. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da Classificação Internacional da Organização Mundial da Saúde. **Caderno de Saúde Pública**, v. 25, n. 3, p. 475-483, 2009.

SCHUNTERMANN, M. F. The implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health in Germany: experiences and problems. *International Journal of Rehabilitation Research*, v. 28, p. 93-102, 2005.

SHEN, P. Y.; CHEN, C. M. The WHO's International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF): Essential Knowledge for Nurses. **Hu Li Za Zhi**, v. 59, n. 6, p. 92-97, 2012.

STEINER, W. A.; RYSER, L.; HUBER, E.; UEBELHART, D.; AESCHLIMANN, A.; STUCKI, G. Use of the ICF model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine. **Physical Therapy**, v. 82, n. 11, p. 1098-107, 2002.

VAN ACHTERBERG, T.; HOLLEMAN, G.; HEIJNEN-KAALES, Y.; VAN DER BRUG, Y.; ROODBOL, G.; STALLINGA, H. A.; HELLEMA, F.; FREDERIKS, C. M. A. Using a multidisciplinary classification in nursing: the International Classification of Functioning Disability and Health. **Journal of Advanced Nursing**, v. 49, p. 432-441, 2005.

WANG, T.; CHERN, H.; CHIOU, Y. A theoretical model for preventing osteoarthritis – related disability. **Rehabilitation Nursing**, v. 30, n. 2, p. 62-67, 2005.

WEB OF KNOWLEDGE. JCR Science Edition, 2011. [acesso 01 Nov 2014]  
Disponível em: <http://admin-apps.webofknowledge.com/JCR/JCR>.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The Integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

WHO. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF. World Health Organization, Geneva, 2001.

## 4.2 ARTIGO II

**Fatores ambientais relacionados à força de trabalho: níveis de barreiras e facilitadores para agricultores<sup>1</sup>**

**Environmental factors related to workforce: levels of barriers and facilitators to farmworkers<sup>1</sup>**

**Factores ambientales relacionados con la fuerza de trabajo: niveles de barreras y facilitadores para agricultores<sup>1</sup>**

**Diéssica Roggia Piexak** – Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande - FURG. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: diessicap@yahoo.com.br

**Marta Regina Cezar-Vaz** – Doutora em Enfermagem. Professora Associada IV da Escola de Enfermagem da FURG. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: cezarvaz@vetorial.net

Correspondência: Diéssica Roggia Piexak

Área Acadêmica de Enfermagem Prof. Newton Azevedo

4º andar – Escola de Enfermagem

Rua: General Osório, s/nº

96200-190 – Rio Grande, RS, Brasil

E-mail: diessicap@yahoo.com.br

---

<sup>1</sup> Este texto é parte da tese – Níveis de barreiras e de facilitadores de fatores ambientais relacionados à força de trabalho e à saúde de agricultores, vinculado ao projeto Natureza humana da força de trabalho masculina e feminina: um estudo com trabalhadores(as) em dois ambientes rurais do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), 2015.

**RESUMO:** Objetivou-se analisar como os agricultores avaliam os níveis de barreiras e de facilitadores de fatores ambientais relacionados à força de trabalho para o desempenho de suas atividades e participação no trabalho. Estudo quantitativo, realizado com 259 agricultores de dois ambientes rurais através de um instrumento baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Realizaram-se os testes de Qui-quadrado, U de Mann-Whitney e H de Kruswall-Wallis. Os agricultores dos ambientes investigados apresentaram níveis diferentes de barreiras dos fatores ambientais relacionados à força de trabalho, sendo consideradas barreiras leves para o desempenho de agricultores do ambiente I e nenhuma barreira para o desempenho de agricultores do ambiente II. Conclui-se que analisar os níveis de barreiras e facilitadores direciona o desenvolvimento de ações de cuidado de enfermagem para minimizar níveis de barreiras e aumentar níveis de facilitadores, com o intuito de melhorar o desempenho de agricultores para o trabalho.

**DESCRITORES:** Saúde do Trabalhador. População Rural. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Enfermagem.

**ABSTRACT:** This study aimed at analyzing how farmworkers assess the levels of barriers and facilitators of environmental factors related to the workforce required to perform their activities and participation in work. It is a qualitative study, carried out with 259 farmworkers of two rural environments through an instrument based on the International Classification of Functioning, Disability and Health. Chi-squared distribution, Mann-Whitney U test and Kruskal-Wallis H test were performed. The workers showed different levels of barriers of environmental factors related to workforce. The barriers were considered light to the performance of workers in the environment I, whereas no barrier was found to the performance of workers in the environment II. It is concluded that analyzing the levels of barriers and facilitators leads to the development of nursing care actions to minimize levels of barriers and increase levels of facilitators, in order to improve the performance of farmworkers to work.

**DESCRIPTORS:** Occupational Health. Rural Population. International Classification of Functioning, Disability and Health. Nursing.

**RESUMEN:** El objetivo fue analizar cómo los agricultores evalúan los niveles de barreras y facilitadores de los factores ambientales relacionados con la fuerza de trabajo para el desempeño de sus actividades y participación en el trabajo. Estudio cuantitativo, realizado con 259 agricultores de dos ambientes rurales a través de un instrumento basado en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Se realizaron las pruebas de Chi-cuadrado, U Mann-Whitney y H Kruswall-Wallis. Los trabajadores de los ambientes estudiados mostraron diferentes niveles de barreras de los factores ambientales relacionados con la fuerza de trabajo, siendo consideradas barreras ligeras para el desempeño de los trabajadores del ambiente I y ninguna barrera para el desempeño de los trabajadores del ambiente II. Se concluye que analizar los niveles de barreras y facilitadores dirige el desarrollo de acciones del cuidado de enfermería para minimizar niveles de barreras y aumentar los niveles de facilitadores, con el fin de mejorar el desempeño de los agricultores a trabajo.

**DESCRIPTORES:** Salud Laboral. Población Rural. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Enfermería.

## INTRODUÇÃO

O trabalho caracteriza-se como uma atividade essencialmente humana e, para ser realizado, necessita de fatores objetivos, os quais compreendem os meios de produção e, o fator subjetivo, constituído pela força de trabalho.<sup>1</sup> O processo de trabalho rural envolve o homem e a natureza, sendo composto pelos seguintes elementos: a atividade adequada a um fim, isto é, o próprio trabalho rural; a matéria a que se aplica o trabalho, o objeto de trabalho; e, os meios de trabalho, o instrumental de trabalho.<sup>1</sup>

Nesse estudo são identificados como fatores objetivos/meios de produção, a propriedade de cultivo, os instrumentos/equipamentos para o trabalho, bem como o apoio da comunidade, por meio da Associação Rio-grandense de Empreendimentos de Assistência Técnica e Extensão Rural (EMATER), do Centro de Hortifrutigranjeiros, das Associações de Agricultores, da Secretaria Municipal da Agricultura e dos serviços de transportes, enquanto que o apoio tanto da família como da comunidade, no desenvolvimento do trabalho rural, são a força de trabalho, ambos fundamentais para o processo de trabalho rural.

Os agricultores, força de trabalho, são pessoas que praticam atividades no ambiente rural, dedicando-se à agricultura, com o cultivo da terra e o cuidado com as plantações, sejam esses proprietários ou arrendatários de uma propriedade rural.<sup>2</sup> Enfatiza-se que os agricultores possuem ideias, capacidades, potencialidades, emoções, aspirações, sensações, complexos valorativos, etc, ou seja, uma subjetividade humana. Essa necessita ser compreendida porque o objeto construído pelo trabalho do agricultor é constituído pela dimensão social: possui por base a história decorrida; faz parte da vida da sociedade; e, faz parte da história dos homens de uma maneira geral.<sup>3</sup>

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) reconhece a importância dos agricultores para o mundo e indica que é necessário articulá-los ao processo de desenvolvimento econômico e social, com o objetivo de melhorar suas condições de trabalho e de saúde. Além disso, torna-se imprescindível estimular os agricultores para o desenvolvimento de organizações livres e viáveis, capazes de proteger e promover os interesses de seus membros e garantir sua efetiva contribuição para esse desenvolvimento.<sup>4</sup>

Nessa perspectiva, esse estudo investiga o apoio da família e o apoio da comunidade, ambos como força de trabalho, bem como a propriedade de cultivo, os instrumentos/equipamentos para o trabalho e o apoio da comunidade por meio da EMATER, do Centro de Hortifrutigranjeiros, das Associações de Agricultores, da

Secretaria Municipal da Agricultura e dos serviços de transportes, de acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Essa classificação foi aprovada na 54ª Assembleia da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2001, com o objetivo de proporcionar uma linguagem unificada e uma estrutura de trabalho para a descrição da saúde e de estados relacionados com a saúde para os profissionais das diversas áreas do conhecimento.<sup>5</sup>

Enfatiza-se, que a CIF é utilizada pelos profissionais da saúde, especialmente por enfermeiros da área de reabilitação<sup>6,7</sup>, porém evidenciam-se possibilidades para o seu uso na área da saúde do trabalhador saudável.<sup>8</sup>

Os agricultores no seu processo de trabalho estão expostos a inúmeros riscos para a saúde, podendo comprometer o desempenho de suas atividades e participação ao longo dos anos. Essa exposição gera um desgaste no agricultor que pode, muitas vezes, diminuir a sua funcionalidade e capacidade orgânica, exigindo, um apoio maior de familiares e de membros da comunidade no desenvolvimento do trabalho na agricultura, os quais passam a trabalhar mais intensamente e, conseqüentemente se expõem também ao desgaste e ao comprometimento de sua funcionalidade e capacidade orgânica.

Nesse entendimento, destaca-se que as famílias agricultoras no Brasil constituem grupos heterogêneos, desde famílias com grandes extensões de terra e disponibilidades de inúmeros recursos, bem como de capacitações e conhecimento, até famílias muito pobres, que possuem um pequeno espaço de terra que na maioria das vezes não serve de base para uma unidade de produção sustentável. Além disso, a família agricultora pouco é levada em consideração na elaboração de políticas públicas<sup>9</sup>, constituindo em um desafio para os governos e para os profissionais de saúde. Outro aspecto a ser considerado é que poucos são os estudos brasileiros na área da enfermagem acerca da saúde da família no ambiente rural.<sup>10</sup>

Assim, investigar a força de trabalho relacionada à família e a comunidade, como fator subjetivo, e, os instrumentos/equipamentos de trabalho e o apoio da comunidade como fator objetivo, poderão oportunizar conhecimentos específicos para que os enfermeiros desenvolvam estratégias e ações necessárias a essa população. Cabe destacar também que o trabalho para os agricultores se constitui como uma importante área da vida e apresenta-se para esses como uma situação limite, ou seja, o trabalho pode ser indicativo de possuir saúde e ao mesmo tempo pode constituir-se de fator de adoecimento, devido aos riscos em que estão expostos durante os anos de

vida/trabalho<sup>11</sup> e, conseqüentemente, acarretar diminuição da funcionalidade e capacidade orgânica.

Os enfermeiros na sua prática precisam compreender o que significa funcionalidade/incapacidade para poder intervir de modo satisfatório nos fatores ambientais relacionados à força de trabalho, melhorando as condições de vida dos agricultores, suas famílias e comunidade, bem como fortalecendo a sua prática clínica.

Desse modo, surge o interesse em investigar: como os agricultores avaliam os níveis das barreiras e dos facilitadores de fatores ambientais relacionados à força de trabalho para o desempenho de suas atividades e participação no trabalho?

Assim, objetiva-se analisar como os agricultores avaliam os níveis de barreiras e de facilitadores de fatores ambientais relacionados à força de trabalho para o desempenho de suas atividades e participação no trabalho.

## **MÉTODOS**

Trata-se de um estudo descritivo, de caráter exploratório, transversal e de abordagem quantitativa. A população do estudo foi composta por agricultores de dois ambientes rurais do Rio Grande do Sul (RS). O ambiente I localizado no extremo sul, com aproximadamente 40 km<sup>2</sup> de área rural, caracterizado como região insular. O ambiente II localizado na fronteira oeste com uma área rural de 5.713,6 km<sup>2</sup>.

A população foi composta por 259 agricultores, desses 129 agricultores do ambiente rural I e 130 agricultores do ambiente rural II. Como critérios de inclusão estabeleceram-se: agricultores residentes nos ambientes mencionados; idade mínima de 18 anos completos; atuação na agricultura de hortifrutigranjeiros; e exclusão: os que não realizavam atividades na agricultura no período de coleta de dados.

Em decorrência da ausência do número de agricultores nas fontes oficiais, como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de ambos os ambientes, recorreu-se aos órgãos oficiais do Estado e Município vinculados à assistência aos agricultores. Em consonância a inexatidão do número desses agricultores buscou-se estratégias para alcançar o maior número possível de agricultores. Inicialmente contataram-se os Sindicatos dos Trabalhadores Rurais, EMATER/ RS-ASCAR e Secretarias Municipais da Agricultura. Em seguida, realizaram-se buscas, casa a casa, localizando os agricultores e suas respectivas residências, mediante a indicação dos próprios entrevistados. Desse modo, realizou-se uma seleção intencional dos sujeitos

por meio de uma amostragem não probabilística por conveniência, a partir da presença e disponibilidade dos agricultores no momento do processo de coleta dos dados.

Os dados foram coletados no período de março a outubro de 2013, utilizando um instrumento, contendo variáveis socioeconômicas e demográficas, aspectos do processo de trabalho e dos níveis das barreiras e dos facilitadores do apoio da família, da comunidade e dos instrumentos/equipamentos para o desenvolvimento do trabalho, conforme a CIF.<sup>5</sup>

A CIF considera o apoio da família e310\*, da comunidade e325\* e a utilização de instrumentos/equipamentos e1350\* para o desenvolvimento do trabalho na agricultura como fatores ambientais. Entende-se por apoio da família, como força de trabalho, o apoio prático no desenvolvimento do trabalho na agricultura, seja do cônjuge, filhos, irmãos, pais, entre outros; o apoio da comunidade, também como força de trabalho, como o apoio prático de membros da comunidade no desenvolvimento do trabalho agrícola; os instrumentos/equipamentos como aqueles utilizados para facilitar o desenvolvimento do trabalho na agricultura (manuais: enxada, carrinho de mão, facão, ancinho, pá, foice, pulverizadores, machado, equipamentos de irrigação) (mecanizados: (trator, reboque, arado, balança, moto-serra, roçadeira); e, o apoio da comunidade, como fator objetivo, como o apoio e o envolvimento dos membros da comunidade em interesses comuns e que compartilham características demográficas, como por exemplo: EMATER, Centro de Hortifrutigranjeiros, Associações de Agricultores, Secretaria Municipal da Agricultura e serviços de transportes.

Esses fatores ambientais podem ser barreiras (limitar a funcionalidade e provocar incapacidade) ou facilitadores (melhorar a funcionalidade e reduzir a incapacidade) para o desempenho de atividades e participação de uma pessoa.<sup>5</sup> Considerando que esses fatores ambientais podem ser barreiras e facilitadores para os agricultores, ambas as perspectivas foram questionadas.

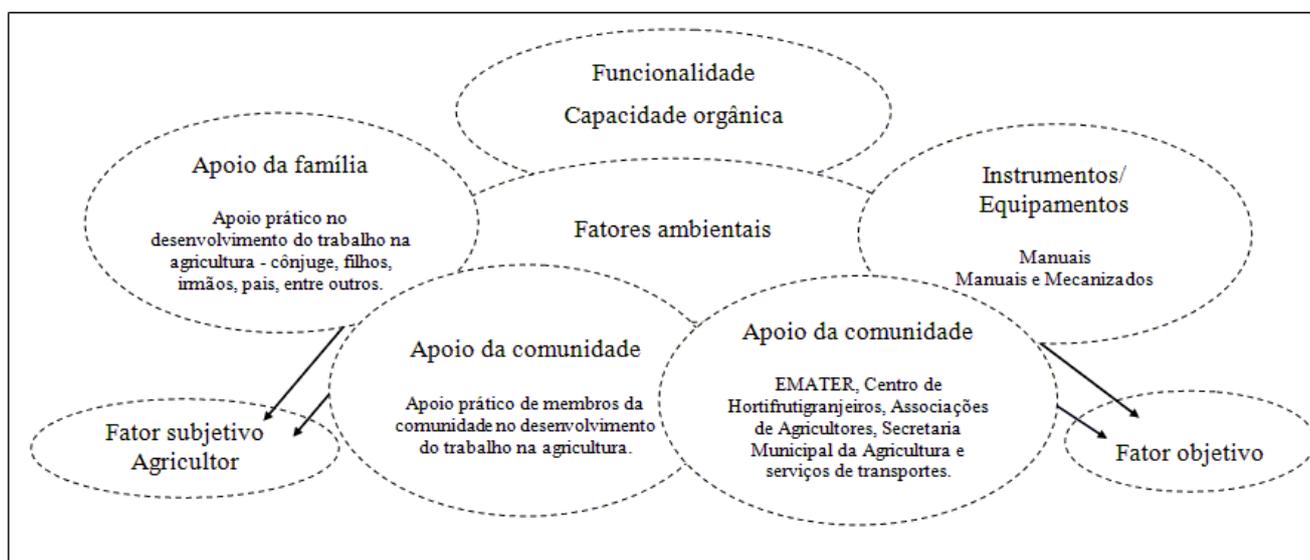
Conforme a CIF os níveis (qualificadores) de barreiras e facilitadores estão em uma escala de 5 pontos. Assim, para as barreiras 0 significa nenhuma barreira ou uma barreira de 0-4% no desempenho, 1 barreira leve ou uma barreira de 5-24% no desempenho, 2 barreira moderada ou uma barreira de 25-49% no desempenho, 3 barreira grave ou uma barreira de 50-95% no desempenho e 4 barreira completa ou uma barreira de 96-100% no desempenho. Para os facilitadores, 0 significa nenhum

---

\* Categorias da CIF.

facilitador ou um facilitador de 0-4% no desempenho, 1 facilitador leve ou um facilitador de 5-24% no desempenho, 2 facilitador moderada ou um facilitador de 25-49% no desempenho, 3 facilitador considerável ou um facilitador de 50-95% no desempenho e 4 facilitador completo ou um facilitador de 96-100% no desempenho.<sup>5</sup> A seguir, apresenta-se um modelo esquemático dos fatores ambientais relacionados à força de trabalho de agricultores (Quadro 1).

QUADRO 1 – Modelo esquemático dos fatores ambientais relacionados à força de trabalho de agricultores



Para a análise estatística contou-se com o auxílio do software estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20.0. As variáveis numéricas foram apresentadas quanto às medidas de tendência central (mediana) e medidas de dispersão (percentil 75 = P75). Para a análise de associação dos dados nominais, foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson -  $\chi^2$  e para a análise dos dados numéricos o coeficiente de Correlação Rho de Spearman. Para a comparação de medianas utilizou-se o teste de Mann-Whitney para variáveis com duas categorias e o teste de Kruskal-Wallis para as variáveis com mais de duas categorias, considerando-se  $p < 0,05$  como significância estatística. Os níveis de barreiras e facilitadores foram verificados por meio da mediana do teste de Kruskal-Wallis, quando a mediana apresentava o mesmo valor para os níveis verificava-se o percentil 75 (P75).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande, conforme parecer nº 026/13. Foram seguidas as recomendações da Resolução

466/2012, do Conselho Nacional de Saúde referentes às pesquisas relacionadas a seres humanos.<sup>12</sup>

## Resultados

As características gerais estão resumidas na Tabela 1. A mediana de idade dos agricultores do ambiente I foi de 55 anos e do ambiente II 47,5 anos. Em ambos os ambientes predominou o sexo masculino (60,5%). Os anos de escolaridade cursados foram mais elevados no ambiente II (8) do que no ambiente I (4). Em relação ao tempo que atua na agricultura e as horas de trabalho dedicado diariamente à agricultura, o ambiente I apresentava medianamente valores maiores 41,5 e 8 em comparação ao ambiente II 15 e 7, respectivamente.

Tabela 1 – Características gerais dos agricultores de dois ambientes rurais e a diferença entre esses ambientes. Rio Grande, RS, Brasil, 2015

Variáveis	Ambiente Rural I		Ambiente Rural II		p-valor
	n=129		n=130		
Sexo					0,282§
Feminino	51	39,5†	60	46,2†	
Masculino	78	60,5†	70	60,5†	
Idade					<0,001
	128	55‡	130	47,5‡	
Anos completos de escolaridade					<0,077
	119	4‡	111	8‡	
Renda familiar mensal*					0,428
	127	1500,00	124	1400,00	
Tempo que atua na agricultura					<0,001
	124	41,50‡	128	15,00‡	
Tamanho da área de cultivo					0,157
	96	2	98	1,5	
Horas de trabalho dedicado diariamente à agricultura					0,027
	127	8‡	128	7‡	

\*Salário mínimo rural em 2013 no Brasil (R\$898,80). †Porcentagem. ‡Mediana.§Teste de qui-quadrado. | Teste de U de Mann-Whitney.

Em relação a ter apoio de familiares como força de trabalho na agricultura, constatou-se que no ambiente I 86% dos trabalhadores possuía apoio de familiares e no ambiente II 88,5%. O membro da família que era identificado como aquele que mais auxiliava no desenvolvimento do trabalho na agricultura para os agricultores de ambos os ambientes era o cônjuge, com 74,4% no ambiente I e 66,2% no ambiente II. Seguido dos filhos, 25% no ambiente I e 30% no ambiente II. Já em relação a ter apoio

de membros da comunidade como força de trabalho na agricultura, verificou-se que no ambiente I 8,5% possuía apoio de membros da comunidade, enquanto que no ambiente II esse apoio era de 13,1%. O apoio da família e dos membros da comunidade, como força de trabalho, era reconhecido, pelos agricultores do ambiente I e II principalmente por: colher os produtos 83,7% e 89,2% e plantar culturas: 82,9% e 86,9%, respectivamente.

Na tabela 2 demonstram-se os níveis de barreiras e facilitadores do apoio da família, do apoio da comunidade e de instrumentos/equipamentos para o trabalho entre os ambientes rurais.

Tabela 2 – Comparações acerca dos níveis de barreiras e facilitadores de fatores ambientais relacionados à força de trabalho entre os ambientes rurais. Rio Grande, RS, Brasil, 2015

	p-valor*	Ambiente Rural I	Ambiente Rural II
Apoio da família e310			
Barreira†	<0,001	0 P75=1	0 P75=0
Facilitador†	0,362	4	4
Apoio da comunidade e325			
Barreira†	0,020	0 P75=1	0 P75=0
Facilitador†	0,398	3	3
Instrumentos/equipamentos e1350			
Barreira†	0,002	0 P75=1	0 P75=0
Facilitador†	0,446	4	4

\*H de Kruskal-Wallis. †Níveis de barreiras e facilitadores a partir da mediana.

A partir da tabela 2, observa-se que o apoio da família, o apoio da comunidade e a utilização de instrumentos/equipamentos para o trabalho foram considerados como barreira leve (1) de 5-24% no desempenho para o trabalho dos agricultores do ambiente rural I, enquanto que para os agricultores do ambiente rural II eram considerados como nenhuma barreira (0) de 0-4% no seu desempenho para o trabalho.

Com relação aos instrumentos/equipamentos utilizados pelos agricultores, verificou-se que no ambiente I 18,6% dos agricultores utilizavam apenas instrumentos manuais para o desenvolvimento do trabalho na agricultura. Os instrumentos manuais mais utilizados por eles eram o ancinho 91,7% e o facão 87,5%. Aqueles que utilizavam

instrumentos manuais e mecanizados correspondiam a 81,4%, e os instrumentos manuais mais utilizados por esse grupo eram o ancinho 99% e o carrinho de mão 99% já os mecanizados eram a balança 73,3% e 68,6% a roçadeira. Já no ambiente II 27,7% dos agricultores utilizavam somente instrumentos manuais e os mais utilizados eram enxada 91,7% e carrinho de mão 88,9%. Os agricultores que utilizavam instrumentos manuais e mecanizados para o trabalho na agricultura correspondiam a 72,3%. Para esses, os instrumentos manuais mais utilizados eram a enxada 98,9% e o pulverizador 94,7%. Em relação aos mecanizados, os mais utilizados eram os equipamentos de irrigação 77,7% e o trator 76,6%.

Para esses instrumentos/equipamentos, constatou-se que os agricultores de ambos os ambientes rurais identificavam como um facilitador completo (4) de 96-100% no seu desempenho para o trabalho a utilização de instrumentos manuais e mecanizados, já os agricultores do ambiente rural II identificavam como barreira leve (1) de 5-24% no seu desempenho para o trabalho quando utilizavam somente instrumentos manuais (Tabela 3).

Tabela 3 – Comparações acerca dos níveis de barreira e facilitador dos instrumentos/equipamentos para o trabalho para os agricultores que utilizavam diferentes instrumentos de trabalho de dois ambientes rurais. Rio Grande, RS, Brasil, 2015

Variáveis	Ambiente Rural I				Ambiente Rural II			
	p-valor*	. †	p-valor*	+†	p-valor*	. †	p-valor*	+†
Instrumentos/ equipamentos e1350								
Manuais		0		2,5		0		3
	0,293		<0,001		0,001	P75=1	0,067	
Manuais e mecanizados		0		4		0		4
						P75=0		

\* H de Kruskal Wallis. † Níveis de barreira e facilitadores a partir da mediana.

O apoio da comunidade, como fator objetivo, foi identificado pelos agricultores dos dois ambientes rurais como: a EMATER como apoio no ensino para trabalhar na agricultura para 6,2% dos agricultores do ambiente I e 60% dos agricultores do ambiente II; o Centro de Hortifrutigranjeiros para as negociações e comercializações para 47,3% dos agricultores do ambiente I e 8,5% para os agricultores do ambiente II; as Associações de Agricultores para 0,8% dos agricultores do ambiente I e 3,1% para os agricultores do ambiente II e os serviços de transportes para deslocamento pessoal e comercial foram identificados como: nenhuma barreira (0) para 49,6% dos agricultores do ambiente I e 53,1% para os do ambiente II; porém quando avaliado como facilitador

foi identificado como facilitador completo (4) somente para 32,6% dos agricultores do ambiente I e 38,5% do ambiente II. Os serviços de transporte mais utilizados pelos agricultores do ambiente I foram pequenas embarcações de madeira 51,2% e o ônibus para 45,4% dos agricultores do ambiente II.

Já a utilização de instrumentos/equipamentos disponibilizados pelas Secretarias Municipais da Agricultura de cada ambiente rural constatou-se que, no ambiente I 14% dos agricultores utilizam os instrumentos disponibilizados e no ambiente II 56,2%. Em relação aos níveis de barreiras e de facilitadores identificados para esses serviços, verificou-se que foi barreira leve (1) de 5-24% no seu desempenho para o trabalho ( $p=0,023$ ) somente para aqueles agricultores do ambiente II que não utilizavam os instrumentos disponibilizados pela Secretaria. Para os agricultores que utilizavam os instrumentos disponibilizados pelas Secretarias dos dois ambientes, foram identificados como facilitadores consideráveis (3) de 50-95% para o desempenho no trabalho, respectivamente  $p=0,006$  e  $p<0,001$ .

Na tabela 4, apresenta-se a análise acerca dos níveis das barreiras e dos facilitadores do apoio da família, apoio da comunidade e da utilização de instrumentos/equipamentos para o trabalho entre homens e mulheres agricultores de dois ambientes rurais, verificando-se que o apoio da família para as mulheres do ambiente I corresponderam a uma barreira leve (1) de 5-24% no desempenho para o trabalho enquanto que para os homens do mesmo ambiente não evidenciaram nenhuma barreira (0,25) de 0-4% no seu desempenho para o trabalho quanto ao apoio da família.

Tabela 4 – Comparações acerca dos níveis das barreiras e dos facilitadores dos fatores ambientais relacionados à força de trabalho entre mulheres e homens de dois ambientes rurais. Rio Grande, RS, Brasil, 2015

Variáveis	p-valor*	Ambiente Rural I			Ambiente Rural II			
		. †	p-valor*	+‡	p-valor*	. †	p-valor*	+‡
Apoio da família e310								
Mulheres	0,040	0	0,063	3	0,121	0§	0,727	4
Homens		P75=1§		4		0§		4
		P75=0,25§						
Apoio da Comunidade e325								
Mulheres	0,212	0§	0,846	3	0,888	0§	0,787	2,5
Homens		0§		3		0§		3
Instrumentos/ equipamentos e1350								

Mulheres	0,122	0§	0,645	4	0,133	0§	0,136	4
Homens		0§		4		0§		4

\* H de Kruskal-Wallis. †Mediana da barreira. ‡Mediana do facilitador. §Níveis de barreira. | Níveis de facilitador.

A seguir, apresenta-se a tabela de correlações acerca dos níveis de barreiras e dos facilitadores do apoio da família, apoio da comunidade e da utilização dos instrumentos/equipamentos para o trabalho de agricultores de dois ambientes rurais.

Tabela 5 – Análise de correlação acerca dos níveis de barreiras e dos facilitadores dos fatores ambientais relacionados à força de trabalho com as características gerais de agricultores de dois ambientes rurais. Rio Grande, RS, Brasil, 2015

Correlações	Ambiente Rural I						Ambiente Rural II					
	Apoio da família e310		Apoio da comunidade e325		Instrumentos/equipamentos e1350		Apoio da família e310		Apoio da comunidade e325		Instrumentos/equipamentos e1350	
	.†	+‡	.†	+‡	.†	+‡	.†	+‡	.†	+‡	.†	+‡
Idade												
Rho	-0,155	-0,075	-0,098	-0,119	-0,143	-0,145	-0,059	-0,074	-0,205	0,149	0,002	0,100
p-valor*	0,081	0,403	0,270	0,182	0,108	0,102	0,502	0,400	0,019	0,090	0,985	0,257
Tempo de atuação												
Rho	-0,081	-0,080	-0,038	-0,170	-0,147	-0,026	-0,003	-0,075	-0,174	0,181	-0,158	0,065
p-valor*	0,369	0,376	0,674	0,060	0,102	0,773	0,971	0,399	0,049	0,041	0,076	0,463
Área de cultivo												
Rho	0,010	0,075	-0,023	0,013	0,056	0,103	0,078	-0,018	-0,011	-0,140	-0,176	-0,057
p-valor*	0,923	0,470	0,820	0,896	0,585	0,317	0,448	0,858	0,914	0,168	0,084	0,576
Horas de trabalho diário												
Rho	0,069	0,115	0,052	0,049	-0,053	0,249	-0,089	0,219	0,201	-0,045	0,099	0,148
p-valor*	0,440	0,199	0,565	0,581	0,554	0,005	0,319	0,013	0,023	0,615	0,265	0,096

\*Correlação de Spearman. †Barreiras. ‡Facilitadores.

A partir da tabela 5, verificou-se que no ambiente rural II quanto maior era a idade dos agricultores menores eram os níveis de barreira identificados quanto ao apoio da comunidade; quanto maior era o tempo de atuação na agricultura menores eram os níveis identificados de barreira e maiores eram os níveis identificados de facilitador do apoio da comunidade. Ainda no ambiente rural II, quanto maior eram as horas de trabalho desenvolvido na agricultura maiores eram os níveis de facilitador do apoio da família, enquanto que maiores eram os níveis de barreira para o apoio da comunidade visualizados pelos agricultores.

Em relação ao ambiente I, evidenciou-se que quanto maior eram as horas de trabalho diário na agricultura maiores eram os níveis de facilitador identificados pelos agricultores frente à utilização de instrumentos/equipamentos para o trabalho.

## **DISCUSSÃO**

Os agricultores dos ambientes rurais investigados apresentaram níveis diferentes em relação às barreiras do apoio da família, do apoio da comunidade e dos instrumentos/equipamentos utilizados para o trabalho. Os agricultores do ambiente I identificaram esses fatores ambientais como barreira leve para o seu desempenho no trabalho, enquanto que os agricultores do ambiente II não identificaram nenhuma barreira.

O apoio da família e dos membros da comunidade, como força de trabalho, era reconhecido pelos agricultores de ambos os ambientes principalmente por colher produtos e plantar culturas, e, o cônjuge era o membro da família identificado como o que mais auxiliava no desenvolvimento do trabalho, seguido dos filhos em menor proporção. Essa situação de auxílio no trabalho mais pelo cônjuge do que pelos filhos pode ser justificada em decorrência da migração rural urbano no Brasil, com a saída principalmente dos jovens desses ambientes rurais para os centros urbanos.<sup>13</sup> Além disso, o trabalho na agricultura não tem fornecido obtenção de renda satisfatória para manter o trabalho dos filhos apenas na unidade de produção familiar, atribuindo a saída desses para a realização de atividade extra, seja efetiva ou provisória.<sup>14</sup>

Destaca-se ainda que, no ambiente I, 86% dos agricultores referiram possuir apoio de familiares como força de trabalho na agricultura e que esse apoio era considerado como uma barreira leve de 5-24% no seu desempenho para o trabalho. Não foi objetivo nesse estudo investigar as relações intra familiares entre os casais agricultores, porém constatou-se, que existia uma barreira leve relacionada ao apoio da família para os agricultores do ambiente I e que esses identificavam o cônjuge como o membro que mais auxiliava no desenvolvimento

do trabalho na agricultura, o que nos faz inferir que aspectos relacionados aos casais agricultores poderão estar interferindo no seu desempenho para o trabalho.

Estudo demonstrou que tentativas de equilibrar questões tanto do trabalho quanto da família podem ocasionar implicações negativas no âmbito familiar e profissional. Outro aspecto a ser destacado é que o desempenho no trabalho tende a ser influenciado negativamente por relações familiares conturbadas e estresse relacionado à vida matrimonial. Desse modo, o rendimento e o desempenho no trabalho tendem a diminuir e o desgaste a aumentar, sempre que os problemas e acontecimentos familiares começarem a interferir e entrar em conflito com as demandas do trabalho.<sup>15</sup>

Nesse estudo evidenciou-se que os agricultores do ambiente rural I e II identificaram como um facilitador completo de 96-100% no seu desempenho para o trabalho a utilização de instrumentos manuais e mecanizados, demonstrando que para exercerem o trabalho nesses ambientes rurais é imprescindível o uso desses instrumentos. Porém esses instrumentos eram diferentes entre os ambientes rurais. Enfatiza-se que, no ambiente I o ancinho e o carrinho de mão foram identificados com os instrumentos manuais mais utilizados, enquanto que no ambiente II foram a enxada e o pulverizador. Outro aspecto a ser enfatizado foi que no ambiente I os instrumentos mecanizados mais utilizados eram balança e roçadeira, enquanto que no ambiente II eram equipamentos de irrigação e trator.

Entende-se que dependendo do tipo de tarefa, condições do solo e disponibilidade de recursos hídricos, por exemplo, há uma influencia no tipo de instrumento/equipamento necessário para a realização do trabalho na agricultura. Ainda, esse processo de trabalho exige a utilização de diversos instrumentos, manuais e mecanizados, para a realização de tarefas, incluindo desde o processo de plantio até a venda da produção. Entre os mecanizados os mais comuns são os tratores, cultivadores, equipamentos de semeadura, colheitadeiras, caminhões, reboques, entre outros.<sup>16</sup>

Além disso, os agricultores do ambiente rural II identificavam como barreira leve de 5-24% no seu desempenho no trabalho à utilização somente de instrumentos manuais. O que é justificável diante das desigualdades<sup>11</sup> existentes entre famílias agriculturas<sup>11</sup> e que nem todos os agricultores desses ambientes possuem condições para adquirirem instrumentos mais sofisticados e mais seguros. Em relação à renda e ao tamanho da área de cultivo dos agricultores desse estudo não houveram diferenças entre os ambientes. Contudo, evidenciou-se um número maior de agricultores utilizando somente instrumentos manuais no ambiente II quando comparados com aqueles agricultores que utilizavam somente instrumentos manuais no ambiente I.

Países desenvolvidos apresentam-se altamente mecanizados no que tange a produção agrícola, diante das grandes produções, porém países em desenvolvimento como o Brasil, a agricultura depende da força de trabalho braçal, mais intenso em decorrência da maior utilização de instrumentos manuais como enxadas, machado, carrinho de mão, facões, pás e etc. Ainda, precisa ser considerado que a capacidade de adaptar-se com o instrumento utilizado pode ser onerosa entre mulheres e homens agricultores.<sup>16</sup>

A partir dos instrumentos utilizados no processo de trabalho, entende-se porque a agricultura está entre os trabalhos mais perigosos, entre os quais os agricultores sofrem acidentes com instrumentos manuais e mecanizados anualmente, e estes podem ser geradores tanto de lesões leves como arranhões, quanto a amputações e ferimentos que podem levar o agricultor a incapacidade ou óbito.<sup>16</sup> Nessa perspectiva, destaca-se a atuação de enfermeiros frente à segurança e saúde do agricultor, buscando orientá-lo para a relevância dos riscos a que está exposto e as medidas de proteção e prevenção que devem ser adquiridas<sup>16</sup>, especialmente para os agricultores do ambiente II que indicaram o pulverizador como um dos instrumentos manuais mais utilizados e que compromete à saúde do agricultor quando utilizado de maneira incorreta e sem os equipamentos de proteção individual adequados.<sup>17</sup>

Em relação ao apoio da comunidade, como fator objetivo, verificaram-se diferenças importantes entre os ambientes. O Centro de Hortifrutigranjeiros como local próprio para as negociações e comercializações dos produtos derivados da agricultora é mais expressivo no ambiente I, enquanto que o apoio da EMATER e das Associações de Agricultores para o ambiente II.

O sucesso da comercialização dos produtos da agricultura favorece a realização dos objetivos de melhoria de qualidade de vida dos agricultores, tal rendimento financeiro auxilia o agricultor a adquirir os bens de que necessita.<sup>18</sup> Porém, considerando a renda e o tamanho da área de cultivo dos agricultores de ambos os ambientes não se obtiveram diferenças, o que exige investigações mais específicas relacionadas aos processos de negociações e comercializações de produtos e a qualidade de vida desses agricultores.

A EMATER como apoio no ensino para trabalhar na agricultura é expressivo no ambiente II, podendo vir a ser uma das justificativas da não identificação dos agricultores do ambiente II em relação às barreiras quanto ao apoio da família, da comunidade e a utilização de instrumentos/equipamentos. A EMATER possui como missão o desenvolvimento rural sustentável por meio de ações de Assistência Técnica e Extensão Rural e Social, mediante processos educativos e participativos, visando ao fortalecimento da agricultura familiar e suas organizações, criando condições ao pleno exercício da cidadania e à melhoria da qualidade de

vida da população.<sup>19</sup> Cabe destacar que a EMATER no Estado do Rio Grande do Sul, em questão estrutural, possui sua atuação em 12 regiões administrativas e que os ambientes rurais investigados possuíam regiões administrativas diferentes.<sup>19</sup>

Em relação ao apoio da comunidade por meio dos serviços de transportes para deslocamento pessoal e comercial foram identificados numa perspectiva como nenhuma barreira, no entanto, como facilitador foram avaliados por menos agricultores. Os serviços de transporte mais utilizados pelos agricultores do ambiente I foram pequenas embarcações de madeira e o ônibus para os agricultores do ambiente II. Resultados decorrentes das características demográficas dos ambientes, bem como da disponibilidade dos serviços.

Os serviços de transporte influenciam no sucesso da comercialização dos produtos e, conseqüentemente, no processo de trabalho da agricultura.<sup>18</sup> Inúmeros aspectos podem estar relacionados às barreiras e aos facilitadores desses serviços, o que exige estudos complementares para a identificação desses aspectos e o desenvolvimento de políticas públicas convergentes às necessidades desses agricultores.

Os apoios das secretarias municipais da agricultura, por meio da disponibilização de instrumentos/equipamentos para o trabalho, mostraram-se como um facilitador considerável de 50-95% para o desempenho no trabalho dos agricultores dos dois ambientes rurais, no entanto, a utilização desse serviço foi mais evidenciada no ambiente II do que no ambiente I. A disponibilização de instrumentos/equipamentos para esses agricultores é um fator ambiental importante para esses no seu desempenho, facilitando o processo de trabalho e se constituindo em uma ação de saúde, de inclusão social e produtiva<sup>19</sup>.

O apoio da família apresentou níveis diferentes para as mulheres e para os homens do ambiente I. As mulheres identificaram como barreira leve de 5-24% no seu desempenho para o trabalho, enquanto que os homens não identificaram nenhuma barreira para esse fator. Estudos demonstram que no trabalho rural também existem diferenças na divisão de tarefas entre mulheres e homens e que devido a essas divisões há uma sobrecarga de trabalho para as mulheres.<sup>20,21,22</sup>

As mulheres nos ambientes rurais assumem o acúmulo do trabalho doméstico, que envolve o cuidado da casa, dos filhos e do marido, com as tarefas agrícolas e, muitas vezes, com outras atividades extras para a obtenção de renda, como lavagem de roupas, venda de artesanatos, entre outros.<sup>22</sup> Além disso, elas parecem ocupar ainda uma posição subordinada, e seu trabalho, na maioria das vezes, é considerado como auxílio, mesmo quando elas trabalham tanto quanto eles ou executam as mesmas atividades.<sup>20</sup> Tais evidências apontam para as desigualdades de gênero existentes nesses ambientes rurais e exigem uma

compreensão e desenvolvimento de ações por parte dos enfermeiros e da equipe de saúde para esses aspectos, buscando diminuir essas desigualdades como possíveis barreiras do apoio da família.

As características gerais de agricultores de dois ambientes rurais apresentaram significativas correlações com os níveis de barreiras e facilitadores dos fatores ambientais relacionados à força de trabalho analisados nesse estudo. No ambiente rural II, os níveis de barreira do apoio da comunidade diminuía conforme aumentava a idade dos agricultores. Bem como, diminuía os níveis de barreira e aumentavam os níveis de facilitadores quanto ao apoio da comunidade conforme aumentava o tempo de atuação na agricultura. Nesse sentido, o fator tempo a partir desses resultados sugere que as relações de apoio prático com os membros da comunidade se constituem positivamente à medida que esses se relacionam.<sup>5</sup>

Destaca-se ainda que, no ambiente rural II, quanto maior eram as horas de trabalho desenvolvido na agricultura maiores eram os níveis de facilitador do apoio da família, enquanto que maiores eram os níveis de barreira para o apoio da comunidade. Tendo em vista esse resultado, observa-se que as horas de trabalho na agricultura tornam-se um fator determinante na relação entre família e comunidade. Nessa perspectiva, enfatiza-se que o trabalho em família na agricultura apresenta uma jornada de trabalho combinada pelos distintos membros da família, a qual se divide tanto no planejamento quanto na realização das atividades<sup>14</sup>, exigindo relações de trabalho mais próximas entre esses membros do que entre os membros da comunidade.

Contudo, estudos evidenciam que os jovens dos ambientes rurais migram para os centros urbanos, o que gera a preocupação de alguns membros da família frente à dificuldade para dar continuidade ao trabalho na agricultura e manter a propriedade. Além disso, a diminuição no número de membros da família rural interfere negativamente no trabalho, na renda familiar e também na possibilidade de cuidado mais próximo e diário com os agricultores que estão apresentando diminuição da funcionalidade e capacidade orgânica.<sup>14,23</sup>

No ambiente rural I, as correlações das características gerais dos agricultores com os níveis de barreiras e facilitadores dos fatores ambientais relacionados à força de trabalho, demonstraram apenas que quanto maior eram as horas de trabalho diário na agricultura maiores eram os níveis de facilitador frente à utilização de instrumentos/equipamentos para o trabalho. Esse resultado pode ser justificado em decorrência da busca do trabalhador por melhores condições de trabalho e que garantam maior produtividade. Porém, estudo comprova que os agricultores que trabalham mais horas por dia apresentam maior fadiga e prevalência de desgastes relacionados ao trabalho, o que diminui sua funcionalidade e

capacidade orgânica. Ainda, evidencia que é um desafio a substituição dos recursos e instrumentos manuais pela utilização ampla de recursos mais sofisticados.<sup>24</sup>

Por fim, destaca-se que atentar para fatores ambientais relacionados à força de trabalho em ambientes rurais implica considerar a realidade local, familiar e comunitária, bem como o processo de trabalho específico desse ambiente. Assim, torna-se necessário que os enfermeiros desenvolvam novas investigações acerca das famílias e comunidades agricultoras, buscando compreender as especificidades dessas famílias e comunidades, o ambiente rural e o processo de trabalho, apresentando evidências que favoreçam o atendimento das necessidades de saúde. Também, sugerem-se investigações mais específicas a respeito dos mecanismos de apoio familiares e comunitários presentes nesses ambientes. Isso porque fatores familiares/comunitários e do próprio processo de trabalho podem estar influenciando fortemente a saúde/doença, funcionalidade/incapacidade e os níveis de barreiras e facilitadores.

## **CONCLUSÃO**

Analisar os níveis de barreiras e facilitadores dos fatores ambientais relacionados à força de trabalho de acordo com os agricultores de ambientes rurais direciona perspectivas de cuidados de enfermagem para essas famílias e comunidades. O enfermeiro e a equipe de saúde poderão desenvolver estratégias e ações de cuidado que minimizem os níveis de barreiras e aumentem os níveis de facilitadores desses fatores, favorecendo o processo de trabalho familiar/comunitário, bem como medidas de proteção frente à utilização instrumentos/equipamentos para o trabalho, com o intuito de melhorar o desempenho de agricultores no trabalho e, conseqüentemente, sua funcionalidade e capacidade orgânica.

## **REFERÊNCIAS**

1. Marx K. O capital. Crítica da economia política. 10. ed. São Paulo (SP): Difel; 1985.
2. Ministério de Trabalho e do Emprego (BR) Portaria nº 2.546 de 14/12/2011. NR 31 - Segurança e saúde no trabalho na agricultura, pecuária silvicultura, exploração florestal e aquicultura. Brasília (DF): MTE. [acesso 2015 Jan 10]. Disponível em: <http://portal.mte.gov.br/legislacao/normas-regulamentadoras-1.htm>

3. Lessa S, Tonet I. Introdução à filosofia de Marx. 2 ed. São Paulo: Expressão Popular LTDA; 2011.
4. Organização Internacional do Trabalho (OIT). Organizações de Trabalhadores Rurais e seu Papel no Desenvolvimento Econômico e Social. Recomendação 149. Brasil: OIT; 2015. [acesso 2015 Jan 10]. Disponível em: <http://www.oitbrasil.org.br/content/sobre-organiza%C3%A7%C3%B5es-de-trabalhadores-rurais-e-seu-papel-no-desenvolvimento-econ%C3%B4mico-e-social>
5. Organização Mundial da Saúde. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Trad. do Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais, org.; coordenação da tradução Cassia Maria Buchalla. São Paulo: EDUSP; 2003.
6. Mueller M, Lohmann S, Strobl R, Boldt C, Grill E. Patients' functioning as predictor of nursing workload in acute hospital units providing rehabilitation care: a multi-centre cohort study. *BMC Health Services Research*. 2010 Oct; 10 (295): 1-12.
7. Boldt C, Velstra IM, Brach M, Linseisen E, Cieza A. Nurses' intervention goal categories for persons with spinal cord injury based on the International Classification of Functioning, Disability and Health: an international Delphi survey. *Journal of Advanced Nursing*. 2012 Jun; 69(5): 1109-1124.
8. Lakke SE, Soer R, Geertzen JHB, Wittink H, Douma RKW, Van Der Schans CP, Reneman MF. Construct validity of functional capacity tests in healthy workers. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2013 Jun; 14(180): 1-13.
9. Hoffmann ACOS, Karkotli APB, Dias SLA, Paes ZP. A teoria do desenvolvimento da família: buscando a convergência entre a teoria e a prática no cotidiano dos profissionais de saúde. *Fam Saúde Desenv*. 2005 Jan-Abr; 7(1):75-88.
10. Fernandes GCM, Boehs AE. Contribuições da literatura para a enfermagem de família no contexto rural. *Texto Contexto Enferm*. 2011 Dez; 20(4): 803-811.

11. Budo MLD, Gonzales RMB, Beck CLC. Saúde e trabalho: uma correlação de conceitos na perspectiva de uma população rural e de Christophe Dejours. *Rev Gaucha Enferm.* 2003 Abr; 24(1):43-52.
12. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprovar as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF):MS; 2012.
13. Beltrão KI, Pinheiro SS, Peyneau FPL, Mendonça JL. O. A constituição de 1988 e o acesso da população rural brasileira à seguridade social. In: Camarano AA. Os novos idosos brasileiros muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA; 2004.
14. Alves KS, Mota DM. Organização do trabalho familiar do espaço rural paraense: novos arranjos na organização do trabalho e na gestão das unidades de produção. *R. Inter. Interdisc. INTERthesis.* 2012 Jul-Dez; 9(2): 191-215.
15. Paschoal T, Tamayo A. Impacto dos valores laborais e da interferência família: trabalho no estresse ocupacional. *Psic.: Teor. e Pesq.* 2005 Mai-Ago; 21(2): 173-180.
16. International Labour Organization (ILO). Code of practice on safety and health in agriculture. Geneva: ILO; 2010.
17. Abreu PHB, Alonzo HGA. Trabalho rural e riscos à saúde: uma revisão sobre o “uso seguro” de agrotóxicos no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2014; 19(10):4197-4208.
18. Barros GSAC. Economia da comercialização agrícola. São Paulo: USP/ESALQ/CEPEA; 2007.
19. EMATER. Rio Grande do Sul/ASCAR. Relatório de atividades 2013. Porto Alegre: EMATER/RSASCAR; 2014.
20. Brumer A. Gênero e Agricultura: a situação da mulher na agricultura do Rio Grande do Sul. *Revista Estudos Feministas.* 2004 Jan-Abr; 12(1): 205 - 227.

21. Butto A. Políticas para as mulheres trabalhadoras rurais: um compromisso de todos os dias. In. Gênero, Agricultura familiar e reforma agrária no Mercosul. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Agrário, 2006.
22. Siliprandi E. Mulheres e Agroecologia: a construção de novos sujeitos na agricultura familiar [tese]. Brasília (DF): Universidade de Brasília. Centro de Desenvolvimento Sustentável; 2009.
23. Bertuzzi D, Paskulin LGM, Morais EP. Arranjos e rede de apoio familiar de idosos que vivem em uma área rural. *Texto Contexto Enferm.* 2012 Jan-Mar; 21(1): 158-66.
24. Osborne A, Blake C, McNamara J, Meredith D, Phelan J, Cunningham C. Musculoskeletal disorders among Irish farmers. *Occupational Medicine.* 2010 Sept; 60: 598-603.

### 4.3 ARTIGO III

#### **Níveis de barreiras e de facilitadores de fatores ambientais relacionados à saúde: avaliação de agricultores\***

Diéssica Roggia Piexak<sup>1</sup>, Marta Regina Cezar-Vaz<sup>2</sup>

**Objetivo:** analisar como os agricultores avaliam os níveis de barreiras e de facilitadores de fatores ambientais relacionados à saúde para o desempenho de suas atividades e participação. **Método:** estudo quantitativo, realizado com 255 agricultores de dois ambientes rurais através de um instrumento baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Os dados foram analisados mediante os testes qui-quadrado, U de Mann-Whitney e H de Kruswall-Wallis. **Resultados:** Os agricultores dos dois ambientes rurais atribuíram níveis diferentes em relação às barreiras e aos facilitadores dos fatores ambientais relacionados à saúde. Quanto aos serviços de saúde, os trabalhadores do ambiente I evidenciaram maiores níveis de facilitadores do que barreiras. O apoio e as atitudes individuais de profissionais de saúde foram avaliados como facilitadores consideráveis para os agricultores do ambiente I, como facilitadores moderados para os agricultores do ambiente II e como nenhuma barreira para o desempenho das atividades e participação nos dois ambientes. **Conclusão:** destaca-se a importância de avaliar os níveis de barreiras e facilitadores de fatores ambientais relacionados à saúde a fim de que possam ser construídas estratégias que visem otimizar serviços de saúde, apoio e atitudes individuais de profissionais de saúde.

Descritores em português: Saúde do Trabalhador; População Rural; Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; Enfermagem.

Descritores em inglês: Occupational Health; Rural Population; International Classification of Functioning, Disability and Health; Nursing.

Descritores em espanhol: Salud Laboral; Población Rural; Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud; Enfermería.

---

\*Este texto é parte da tese – Níveis de barreiras e de facilitadores de fatores ambientais relacionados à força de trabalho e à saúde de agricultores, vinculado ao projeto Natureza humana da força de trabalho masculina e feminina: um estudo com trabalhadores(as) em dois ambientes rurais do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), 2015.

<sup>1</sup> Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da FURG. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: diessicap@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Doutora em Enfermagem. Professora Associada IV da Escola de Enfermagem da FURG. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: cezarvaz@vetorial.net

## **Introdução**

No Brasil, a população de agricultores é de 16 milhões<sup>1</sup>, os quais corroboram para que o país seja reconhecido como o quinto maior produtor agrícola do mundo, com produção somando cerca de 100 bilhões de dólares<sup>2</sup>. Nesse entendimento, destaca-se a importância que a produção agrícola possui para o país, tanto interna quanto externamente.

Tal fato exige uma maior atenção das políticas governamentais para a força de trabalho da agricultura, os agricultores, de forma a atender as suas necessidades de saúde de acordo com o ambiente em que estão inseridos. Para tanto, um dos objetivos da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora diz respeito à garantia de ações de saúde do trabalhador em todas as instâncias e pontos da Rede de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>3</sup>. Contudo, o ambiente rural apresenta características específicas, como: baixa densidade populacional; sem áreas de grandes construções; população adstrita exercendo distintas atividades econômicas e laborais; e menor disponibilidade de serviços de saúde<sup>4</sup>.

Os agricultores desenvolvem o trabalho sobre diferentes condições climáticas, com uma rotina intensa de trabalho e com uma variedade de tarefas. Além disso, esses agricultores estão apresentando desgastes físicos e, conseqüentemente, trabalhando com diminuição da funcionalidade, o que pode comprometer tanto a saúde desses agricultores como a produção agrícola, ocasionado prejuízos à economia, além de custos aos serviços de saúde<sup>5,6</sup>.

Nessa perspectiva, destaca-se a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) como um instrumento para contribuir com o trabalho dos enfermeiros no cuidado dos agricultores. Conforme a CIF, a funcionalidade engloba todas as funções do corpo, atividades e participação e, é priorizada como componente da saúde, considerando o ambiente como uma barreira ou como um facilitador para o desempenho. Atividade pode ser definida com a execução de uma tarefa ou ação por uma pessoa, enquanto que a participação é o envolvimento dessa pessoa numa situação da vida. O ambiente é compreendido como o ambiente habitual da pessoa, incluindo o contexto social, o qual considera os fatores ambientais – aspectos do mundo físico, social e atitudinal<sup>7</sup>.

Estudos evidenciam muitos esforços na área da saúde do trabalhador para prevenir a incapacidade no trabalho e sustentar a capacidade para o trabalho. Na área da saúde do trabalhador, a reabilitação profissional aparece como o ponto principal do processo para promover saúde<sup>8,9</sup>. A utilização da CIF permite obter dados mais específicos da funcionalidade em relação ao ambiente de trabalho e ao desempenho das atividades relacionadas a ele<sup>10</sup>, oportunizando, por exemplo, o acompanhamento de agricultores e o

desenvolvimento de avaliações para testar relações entre os testes de capacidade funcional em trabalhadores saudáveis<sup>11</sup>.

Ao se identificar estudos com trabalhadores saudáveis e não apenas com trabalhadores que necessitam de reabilitação profissional, evidenciam-se possibilidades para o uso da CIF por meio do acompanhamento e avaliação dos aspectos da funcionalidade desses trabalhadores, antes mesmo da necessidade de reabilitação.

Nessa perspectiva, visualiza-se a CIF como um importante instrumento de trabalho para os enfermeiros avaliarem níveis de barreiras e de facilitadores de fatores ambientais relacionados à saúde para a funcionalidade de agricultores, o que justifica esse estudo, contribuindo para se pensar na relação saúde/trabalho/ambiente, auxiliando na tomada de decisões e no desenvolvimento de estratégias em saúde para esse grupo de trabalhadores.

Assim, questiona-se: como os agricultores avaliam os níveis das barreiras e dos facilitadores referentes aos fatores ambientais relacionados à saúde para o desempenho de suas atividades e participação?

Teve-se como objetivo: analisar como os trabalhadores agricultores avaliam os níveis de barreiras e de facilitadores de fatores ambientais relacionados à saúde para o desempenho de suas atividades e participação.

## **Métodos**

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, de caráter descritivo e exploratório, com delineamento transversal. A população do estudo foi composta por agricultores de dois ambientes rurais do Rio Grande do Sul (RS).

O ambiente I, localizado no extremo sul, com aproximadamente 40 km<sup>2</sup> de área rural, é caracterizado como região insular e conta com uma unidade de Estratégia Saúde da Família (ESF). O ambiente II, localizado na fronteira oeste, com uma área rural de 5.713,6 km<sup>2</sup> distribuída em cinco distritos, conta com cinco unidades de saúde, das quais uma se caracteriza com ESF.

A amostra foi composta por 255 agricultores, desses 127 trabalhadores do ambiente rural I e 128 trabalhadores do ambiente rural II. Como critérios de inclusão estabeleceram-se: agricultores residentes nos ambientes mencionados; idade mínima de 18 anos completos; atuação na agricultura de hortifrutigranjeiros; utilizar algum tipo de serviço de saúde; e exclusão: os que não realizavam atividades na agricultura no período de coleta de dados e que referiram nunca ter utilizado o serviço de saúde.

Em decorrência da ausência do número de agricultores nas fontes oficiais, como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de ambos os ambientes, recorreu-se aos órgãos oficiais do Estado e Município vinculados à assistência aos agricultores. Inicialmente contataram-se os Sindicatos dos Trabalhadores Rurais, EMATER/ RS-ASCAR e Secretarias Municipais da Agricultura. Em seguida, realizaram-se buscas, casa a casa, localizando os agricultores e suas respectivas residências, mediante a indicação dos próprios entrevistados. Desse modo, realizou-se uma seleção intencional dos sujeitos por meio de uma amostragem não probabilística por conveniência, a partir da presença e disponibilidade dos agricultores no momento do processo de coleta dos dados.

Os dados foram coletados no período de março a outubro de 2013, através de um instrumento, contendo variáveis socioeconômicas e demográficas, aspectos do processo de trabalho e dos níveis das barreiras e dos facilitadores dos serviços de saúde, apoio e atitudes individuais de profissionais de saúde de acordo com a CIF<sup>7</sup>.

A CIF classifica os serviços de saúde (e580<sup>\*</sup>), apoio (e355<sup>\*</sup>) e atitudes individuais (e450<sup>\*</sup>) de profissionais de saúde como fatores ambientais. Esses constituem o ambiente físico (espaços como o domicílio e o local de trabalho) e social (estruturas sociais formais e informais, serviços e regras de conduta ou sistemas na comunidade ou cultura) em que as pessoas vivem e conduzem a sua vida e podem ser considerados como barreiras ou como facilitadores para o desempenho de atividades e participação. As barreiras limitam a funcionalidade e provocam incapacidade e os facilitadores melhoram a funcionalidade e reduzem a incapacidade de uma pessoa<sup>7</sup>. Por considerar que esses fatores ambientais podem ser barreiras e facilitadores para os agricultores, ambas as perspectivas foram questionadas.

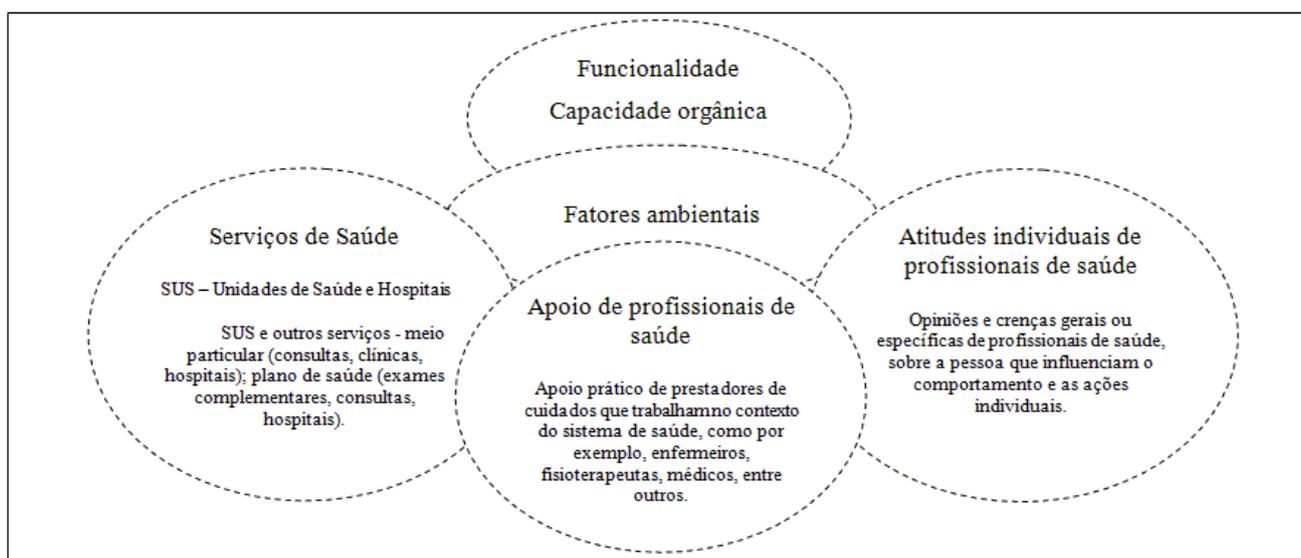
Conforme a CIF entende-se por serviços de saúde: serviços de nível local e comunitário que têm por finalidade proporcionar intervenções junto às pessoas para o seu bem estar, financiados com recursos públicos ou privados; com mecanismos de controle administrativo e de supervisão, com leis, regulamentos e normas que regulam os serviços disponíveis. Apoio de profissionais de saúde: apoio prático de prestadores de cuidados que trabalham no contexto do sistema de saúde, como por exemplo, enfermeiros, fisioterapeutas, médicos, entre outros. Atitudes individuais de profissionais de saúde: opiniões e crenças gerais ou específicas de profissionais de saúde, sobre a pessoa que influenciam o comportamento e as ações individuais<sup>7</sup>.

---

\* Categorias da CIF.

Para esse estudo consideraram-se os níveis (qualificadores) de barreiras e facilitadores de acordo com a CIF, em uma escala de 5 pontos. Para as barreiras, 0 significa nenhuma barreira ou uma barreira de 0-4% no desempenho, 1 barreira leve ou uma barreira de 5-24% no desempenho, 2 barreira moderada ou uma barreira de 25-49% no desempenho, 3 barreira grave ou uma barreira de 50-95% no desempenho e 4 barreira completa ou uma barreira de 96-100% no desempenho. Para os facilitadores, 0 significa nenhum facilitador ou um facilitador de 0-4% no desempenho, 1 facilitador leve ou um facilitador de 5-24% no desempenho, 2 facilitador moderada ou um facilitador de 25-49% no desempenho, 3 facilitador considerável ou um facilitador de 50-95% no desempenho e 4 facilitador completo ou um facilitador de 96-100% no desempenho<sup>7</sup>. A seguir, apresenta-se o modelo esquemático dos fatores ambientais relacionados à saúde de agricultores (Quadro 1).

QUADRO 1 - Modelo esquemático dos fatores ambientais relacionados à saúde de agricultores



Para a análise estatística contou-se com o auxílio do software estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20.0. As variáveis numéricas foram apresentadas quanto às medidas de tendência central (mediana) e medidas de dispersão (percentil 75 = P75).

Para a análise de associação dos dados nominais, foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson -  $\chi^2$  e para a análise dos dados numéricos o coeficiente de Correlação Rho de Spearman. Para a comparação de medianas utilizou-se o teste de Mann-Whitney para variáveis com duas categorias e o teste de Kruskal-Wallis para as variáveis com mais de duas

categorias, considerando-se  $p < 0,05$  como significância estatística. Os níveis de barreiras e facilitadores foram verificados por meio da mediana do teste de Kruskal-Wallis, quando a mediana apresentava o mesmo valor para os níveis verificava-se o percentil 75 (P75).

Em atenção às recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, referentes às pesquisas relacionadas a seres humanos<sup>12</sup>, o estudo foi avaliado e aprovado para implementação pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande, sob parecer nº 026/13.

## Resultados

Foram entrevistados 255 agricultores de dois ambientes rurais. A seguir, expõem-se o perfil socioeconômico e demográfico desses agricultores e as diferenças entre os dois ambientes rurais.

Tabela 1 – Caracterização de agricultores de dois ambientes rurais, segundo variáveis socioeconômicas e demográficas. Rio Grande, RS, Brasil, 2013

Variáveis	Ambiente Rural I		Ambiente Rural II		p-valor
	n=127		n=128		
Sexo					0,279§
Feminino	51	40,2†	60	46,9†	
Masculino	76	59,8†	68	53,1†	
Idade	126	55‡	128	47‡	<0,001
Anos completos de escolaridade	117	4‡	109	8‡	<0,001
Renda familiar mensal*	125	1500,00	122	1400,00	0,489
Tempo que reside nesse ambiente rural	124	52,50‡	124	13,50‡	<0,001
Tempo que atua na agricultura	122	41,50‡	126	15,00‡	<0,001
Horas de trabalho dedicado diariamente à agricultura	125	8‡	126	7‡	0,021

\*Salário mínimo rural em 2013 no Brasil (R\$898,80). †Porcentagem. ‡Mediana.§Teste de qui-quadrado. | Teste de U de Mann-Whitney.

Conforme a Tabela 1, a maioria dos agricultores é do sexo masculino em ambos os ambientes rurais. No ambiente I, os agricultores apresentavam idade mais elevada e com baixa escolaridade quando comparado aos agricultores do ambiente II. Com relação ao tempo

que reside no ambiente rural atual, tempo que atua na agricultura e horas de trabalho dedicado diariamente à agricultura os agricultores do ambiente I apresentavam medianamente valores maiores do que os agricultores do ambiente II.

Na Tabela 2, evidenciam-se as comparações dos níveis de barreiras e facilitadores dos serviços de saúde, apoio e atitudes individuais de profissionais de saúde entre os ambientes rurais.

Tabela 2 – Comparações dos níveis de barreiras e facilitadores dos fatores ambientais relacionados à saúde entre os ambientes rurais. Rio Grande, RS, Brasil, 2013

	Ambiente Rural I		Ambiente Rural II
Serviços de saúde e580			
p-valor*		0,009	
Barreira†	1‡		2‡
p-valor*		0,001	
Facilitador†	3§		2§
Apoio de profissionais de saúde e355			
p-valor*		0,886	
Barreira†	0‡		0‡
p-valor*		0,030	
Facilitador†	3§		2§
Atitudes individuais de profissionais de saúde e450			
p-valor*		0,344	
Barreira†	0‡		0‡
p-valor*		0,031	
Facilitador†	3§		2§

\*H de Kruskal-Wallis. †Mediana. ‡ Níveis de barreira. § Níveis de facilitador.

De acordo com a Tabela 2, evidencia-se que os agricultores do ambiente I identificaram os serviços de saúde, como facilitador considerável (3) de 50-95% para o seu desempenho, já os agricultores do ambiente II identificaram como um facilitador moderado (2) de 25-49% para o seu desempenho. Ainda sobre esse fator ambiental, os agricultores do ambiente II também evidenciavam como uma barreira moderada (2) enquanto que os agricultores do ambiente I referiram uma barreira leve (1) de 5-24% para o seu desempenho.



SUS	0§		3		0§		2	
SUS e outros	0§	0,979	3	0,377	0§	0,991	P75=3 2	0,001
							P75=4	
Atitudes individuais de profissionais de saúde e450								
SUS	0§		3		0§		2	
SUS e outros	0§	0,105	3	0,286	P75=2 0§	0,005	2	0,264
					P75=0			

\*Mediana da barreira. † H de Kruskal-Wallis. ‡Mediana do facilitador. § Níveis de barreira. | Níveis de facilitador.

A seguir, observa-se na Tabela 4 a correlação acerca das barreiras e dos facilitadores dos serviços de saúde, apoio e atitudes de profissionais de saúde com as características socioeconômicas e demográficas de agricultores de dois ambientes rurais.

Tabela 4 – Análise de correlação acerca das barreiras e dos facilitadores dos fatores ambientais relacionados à saúde e de profissionais de saúde com as características socioeconômicas e demográficas de agricultores de dois ambientes rurais. Rio Grande, RS, Brasil, 2013.

Correlações	Ambiente Rural I						Ambiente Rural II					
	Serviços de saúde e580		Apoio de profissionais de saúde e355		Atitudes individuais de profissionais de saúde e450		Serviços de saúde e580		Apoio de profissionais de saúde e355		Atitudes individuais de profissionais de saúde e450	
	.†	+‡	.†	+‡	.†	+‡	.†	+‡	.†	+‡	.†	+
Idade												
Rho	-0,281	0,269	-0,216	0,181	-0,157	0,136	-0,083	0,108	-0,056	0,122	-0,79	0,138
p-valor*	0,001	0,015	0,015	0,042	0,079	0,129	0,354	0,225	0,532	0,170	0,380	0,122
Escolaridade												
Rho	0,076	-0,029	0,027	0,006	0,008	-0,010	0,030	-0,030	0,034	0,032	0,024	-0,020
p-valor*	0,417	0,753	0,776	0,947	0,930	0,917	0,759	0,759	0,723	0,742	0,807	0,833
Renda familiar mensal												
Rho	-0,164	0,154	-0,202	0,079	-0,241	0,096	-0,052	0,007	-0,036	0,060	-0,024	-0,005
p-valor*	0,068	0,086	0,024	0,381	0,007	0,286	0,570	0,942	0,697	0,514	0,795	0,961
Tempo de residência												
Rho	-0,232	0,179	-0,163	0,087	-0,180	0,095	0,113	-0,081	0,000	0,004	-0,091	0,040
p-valor*	0,009	0,047	0,071	0,336	0,045	0,292	0,212	0,371	0,999	0,967	0,318	0,659
Tempo de atuação												
Rho	-0,297	0,288	-0,164	0,156	-0,128	0,174	-0,054	0,022	-0,086	0,123	-0,038	0,107
p-valor*	0,001	0,001	0,071	0,086	0,161	0,55	0,550	0,803	0,338	0,172	0,670	0,235
Horas de trabalho diário												
Rho	-0,029	0,061	0,077	0,075	0,116	-0,087	-0,027	-0,134	0,205	-0,146	0,316	-0,137
p-valor*	0,749	0,496	0,393	0,405	0,199	0,337	0,768	0,134	0,022	0,104	<0,001	0,127

\*Correlação de Spearman. †Barreiras. ‡Facilitadores.

Foi possível verificar que no ambiente I quanto maior a idade dos agricultores menores eram os níveis identificados das barreiras quanto aos serviços de saúde e quanto ao apoio de profissionais de saúde. Diferentemente, quanto maior a idade dos agricultores maiores eram os níveis identificados dos facilitadores quanto a esses serviços e apoio. Com relação à renda familiar mensal verifica-se que quanto maior a renda familiar dos agricultores menores eram os níveis identificados das barreiras quanto aos serviços de saúde e quanto ao apoio de profissionais de saúde.

Outro resultado significativo corresponde ao tempo de residência dos agricultores no ambiente rural I, demonstrando que quanto maior o tempo de residência menores eram os níveis das barreiras identificados quanto aos serviços de saúde e quanto às atitudes individuais de profissionais de saúde. Em contrapartida maiores eram os níveis identificados em relação ao facilitador dos serviços. Ainda no que se refere ao ambiente I, verifica-se que quanto maior o tempo de atuação na agricultura menores eram os níveis identificados de barreira e maiores eram os níveis identificados de facilitador quanto aos serviços de saúde.

No ambiente II, os resultados foram significativos para a correlação entre horas de trabalho diário na agricultura, constatando que quanto mais horas os agricultores dedicavam ao trabalho diário maiores eram os níveis identificados de barreiras quanto ao apoio de profissionais de saúde e quanto às atitudes individuais de profissionais de saúde.

Na Tabela 5, são apresentados os resultados referentes à comparação acerca das barreiras e facilitadores dos serviços de saúde, apoio e atitudes individuais de profissionais de saúde para as mulheres e homens agricultores dos dois ambientes rurais. Foi possível constatar que as mulheres de ambos ambientes identificavam maior nível de barreira em relação aos serviços de saúde em comparação aos homens. Foi possível verificar também que no ambiente rural II as mulheres identificavam maior nível de facilitador em relação ao apoio de profissionais de saúde em comparação aos homens.

Tabela 5 – Comparação acerca das barreiras e facilitadores dos serviços de saúde entre mulheres e homens agricultores de dois ambientes rurais. Rio Grande, RS, Brasil, 2013

Variáveis	Ambiente Rural I				Ambiente Rural II			
	.*	p-valor†	+‡	p-valor†	.*	p-valor†	+‡	p-valor†
Serviços de saúde e580								
Mulheres	1	0,034	2	0,232	3	0,001	2	0,139
Homens	0		3		2		2	

Apoio de profissionais de saúde e355								
Mulheres	1	0,104	3	0,756	0	0,225	3	0,029
Homens	0		3		0		2	
Atitudes individuais de profissionais de saúde e450								
Mulheres	1	0,192	3	0,849	0	0,472	2	0,179
Homens	0		3		0		2	

\*Níveis de barreira a partir da mediana. † H de Kruskal Wallis. ‡Níveis de facilitador a partir do facilitador.

## Discussão

Os agricultores dos ambientes rurais pesquisados atribuíram níveis diferentes em relação às barreiras e aos facilitadores para os fatores ambientais relacionados à saúde. Os agricultores do ambiente I evidenciaram que os serviços de saúde apresentavam maiores níveis de facilitadores do que barreiras para o seu desempenho. Já os agricultores do ambiente II evidenciaram níveis moderados tanto para facilitadores quanto para barreiras nesse aspecto.

Na perspectiva da CIF, os serviços de saúde devem oportunizar condições para o bem estar dos indivíduos, sendo financiados e controlados por órgãos públicos ou privados<sup>7</sup>. Nesse sentido, os resultados do presente estudo evidenciaram que os serviços de saúde se organizam e possuem especificidades de logística diferentes de acordo com os ambientes pesquisados, de forma que fatores como localização geográfica, distância, disponibilidade de transporte, acesso e tipo de serviço podem contribuir para que esse aspecto seja avaliado com diferentes níveis de barreiras ou facilitadores pelos usuários<sup>13</sup>.

Ainda, é possível evidenciar na literatura que as populações rurais possuem menor proximidade aos serviços de saúde e, por conseguinte, pouco utilizam tais serviços, o que decorre tanto da menor disponibilidade de serviços de saúde, especialmente, em áreas esparsamente povoadas, como das grandes distâncias a serem percorridas, das dificuldades de transporte<sup>14</sup> e do trabalho na agricultura, que demanda rotinas intensas e impedem que os trabalhadores interrompam suas tarefas em virtude das perdas financeiras<sup>15</sup>.

Todos os agricultores de ambos os ambientes rurais desse estudo utilizavam os serviços de saúde por meio do SUS, contudo, a maioria desses agricultores utilizava o SUS e outros serviços de saúde, indicando que necessitavam buscar uma

complementaridade desse serviço, como, por exemplo, o meio particular (consultas, clínicas, hospitais) e o plano de saúde (exames complementares, consultas, hospitais) para o atendimento de suas necessidades. Contudo, um estudo que traçou um panorama sobre acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil, verificou que ao comparar a área urbana com a rural visualizam-se desigualdades na cobertura por planos de saúde privados, com maior cobertura para a região urbana do que para a região rural<sup>16</sup>.

Essas evidências se constituem em desafios para a consolidação do acesso universal à saúde e da cobertura universal de saúde propostos pela Organização Mundial da Saúde, bem como para os profissionais de saúde, os quais se constituem como pilares centrais para essa consolidação<sup>17</sup>. Apesar disso, são encontrados poucos estudos específicos sobre a utilização de serviços de saúde por agricultores em ambientes rurais, o que dificulta o desenvolvimento de estratégias em saúde para esse grupo de trabalhadores.

Os fatores apoio de profissionais de saúde e atitudes individuais desses profissionais foram avaliados com facilitadores consideráveis para os agricultores do ambiente I, como facilitadores moderados para os agricultores do ambiente II e como nenhuma barreira para o desempenho das atividades e participação de agricultores dos dois ambientes. Esses resultados evidenciaram que os profissionais de saúde dos ambientes pesquisados vêm demonstrando apoio prático adequado com os usuários do serviço de saúde, assim como suas atitudes individuais, opiniões e crenças gerais ou específicas vêm influenciando o comportamento e as ações individuais dos agricultores em relação aos cuidados com sua saúde, facilitando seu desempenho<sup>7</sup>.

Cabe destacar, no entanto, que o fator apoio de profissionais de saúde foi avaliado como um facilitador completo para os agricultores do ambiente II que utilizavam o SUS e outros serviços de saúde, enquanto que para aqueles que utilizavam somente o SUS foi avaliado como um facilitador considerável. Já em relação ao fator atitudes individuais de profissionais de saúde, os agricultores do ambiente rural II que utilizavam somente o SUS o avaliaram como uma barreira moderada, enquanto que aqueles que utilizavam o SUS e outros serviços de saúde não evidenciaram nenhuma barreira.

A concretude do SUS depende das relações estabelecidas entre os profissionais de saúde e os usuários. Desse modo, o apoio, as atitudes dos profissionais de saúde e as relações que estabelecem com os usuários são determinantes para organização dos serviços de saúde e, por conseguinte, para consolidação dos princípios do SUS<sup>18</sup>.

Além disso, um estudo evidencia que há uma importante diferenciação entre o modo de organização dos serviços de saúde das instituições públicas e privadas, englobando tanto a diferença da assistência, em relação à acesso, infraestrutura e resolutividade, como das relações entre os profissionais e usuários<sup>18</sup>. Desse modo, ao considerar o SUS idealizado versus o realizado, identifica-se que os profissionais de saúde possuem conhecimentos superficiais acerca dos princípios e diretrizes que regem tal sistema, reproduzindo, muitas vezes, um modelo fragmentado e pouco resolutivo em suas práticas cotidianas. Tal fato demanda que os profissionais de saúde sejam protagonistas de boas práticas de saúde, traduzindo os princípios e diretrizes do SUS em suas atitudes<sup>19</sup>.

Assim, infere-se que quando os profissionais se aproximam dos usuários, por meio do diálogo, escuta, envolvimento, esses reconhecem suas necessidades de saúde de maneira integral, considerando tanto aspectos biológicos quanto culturais e ambientais, o que pode facilitar a utilização dos serviços de saúde<sup>18</sup>, contribuindo para que os agricultores desempenhem suas atividades e participação de forma efetiva.

As características socioeconômicas e demográficas de agricultores de dois ambientes rurais apresentaram importantes correlações com os níveis de barreiras e facilitadores dos fatores ambientais relacionados à saúde analisados nesse estudo. Em relação ao ambiente I, os níveis de barreiras quanto aos serviços de saúde e quanto ao apoio de profissionais de saúde diminuía conforme aumentava a idade dos agricultores e, inversamente, aumentavam os níveis identificados dos facilitadores quanto a esses serviços e apoio.

Esses resultados corroboram com outros estudos realizados, os quais verificaram que com o avançar da idade maior é a procura aos serviços de saúde<sup>20</sup> e que a prevalência de utilização desses serviços é maior entre idosos e aposentados<sup>21</sup>. Apesar desse estudo não identificar a maioria dos agricultores de ambos os ambientes como idosos, pode-se inferir que, os agricultores do ambiente I poderão ter utilizado mais os serviços de saúde do que os agricultores do ambiente II por apresentarem idade mais elevada em relação aos agricultores do ambiente II e, por identificarem, conforme idade mais elevada, maiores níveis de facilitadores quanto aos serviços de saúde e apoio de profissionais de saúde.

Destaca-se ainda que, quanto maior a renda familiar dos agricultores menores foram os níveis identificados das barreiras quanto aos serviços de saúde e quanto ao apoio e relacionamentos de profissionais de saúde, evidenciando que esse fator

econômico possui influência para a identificação de maiores/menores barreiras/facilitadores.

Cabe destacar que maiores rendimentos financeiros já foram identificados como fatores fortemente associados a melhores níveis de saúde e a uma maior procura por serviços de saúde<sup>21</sup>. Tal fato pode evidenciar que existem fragilidades no acesso e cobertura universal à saúde, uma vez que está expresso pela Constituição da OMS o direito à saúde para todo os indivíduos, sem distinção de condição econômica<sup>22</sup>.

Ainda, é importante evidenciar que quanto maior o tempo de residência dos agricultores menores foram os níveis das barreiras identificados quanto aos serviços de saúde e quanto às atitudes individuais de profissionais de saúde e, maiores foram os níveis identificados em relação ao facilitador dos serviços de saúde. Do mesmo modo, quanto maior o tempo de atuação na agricultura menores foram os níveis identificados de barreira e maiores foram os níveis identificados de facilitador quanto aos serviços de saúde.

O tempo se destaca com o fator comum entre esses resultados, evidenciando que a relação do usuário com o serviço e com os profissionais de saúde é otimizada no decorrer do tempo, uma vez que a confiança vai se construindo gradativamente, oportunizando o envolvimento do usuário com o sistema de saúde. Nesse sentido, o envolvimento está diretamente associado à longitudinalidade, compreendendo uma relação terapêutica duradoura entre os usuários e os profissionais dos serviços de saúde, viabilizando a continuidade da assistência à saúde e aumentando a adesão do usuário<sup>23</sup>.

No ambiente II, as correlações entre as características socioeconômicas e demográficas de agricultores com os níveis de barreiras e facilitadores dos fatores ambientais relacionados à saúde, permitiram identificar que quanto mais horas os agricultores dedicavam ao trabalho diário maiores eram os níveis identificados de barreiras quanto ao apoio e relacionamentos e quanto às atitudes individuais de profissionais de saúde. Esse resultado pode estar associado ao horário de funcionamento da maioria dos serviços de saúde, o qual pode ser considerado uma importante barreira ambiental, não atendendo as necessidades dos agricultores por ser incompatível com as longas jornadas e com a rotina intensa de trabalho na agricultura<sup>21</sup>.

Conforme identificado por um estudo acerca dos fatores associados à procura por serviços de saúde, uma das maiores dificuldades para essa prática refere-se ao horário de funcionamento de tais serviços, especialmente, os serviços de atenção primária à saúde. Essa situação se acentua quando investigada a relação entre horário de

trabalho e procura por serviços de saúde, evidenciando-se que aposentados e pensionistas são os que mais buscam assistência à saúde, enquanto os trabalhadores necessitam atender os horários determinados, o que incide sobre o tempo disponível para essa procura<sup>21</sup>.

Tal fato demanda uma maior atenção das políticas de saúde, direcionando ações para o acesso e cobertura à saúde para grupos com características específicas como, por exemplo, o ambiente rural, o que demanda profissionais de saúde com capacidade de compreender o contexto em que esses indivíduos estão inseridos e os processos de trabalho em que se inserem.

Por fim, identificou-se que as mulheres de ambos ambientes avaliaram maior nível de barreira em relação aos serviços, sistemas e políticas relacionados com a saúde em comparação aos homens. Também, no ambiente rural II, as mulheres avaliaram maior nível de facilitador em relação ao apoio de profissionais de saúde em comparação aos homens.

Desse modo, pode-se inferir que os serviços de saúde podem ter sido mais utilizados pelas mulheres de ambos os ambientes rurais do que pelos homens, isso porque elas identificaram uma maior barreira nos serviços de saúde do que eles. Tal fato pode ser tanto pela maior percepção das mulheres ao seu estado de saúde como pela estruturação histórica da atenção primária no Brasil, que ainda prioriza a atenção materno-infantil<sup>20</sup>.

Ainda, os resultados do presente estudo corroboram com uma investigação acerca das demanda de saúde-doença de homens agricultores assistidos por três ESF da zona rural de um município do Sul do Brasil, a qual identificou em 186 prontuários que os homens procuram os serviços de saúde apenas quando possuem agravos causados por acidentes de trabalho e/ou quando estão com limitações na funcionalidade para o desenvolvimento do trabalho<sup>24</sup>.

## **Conclusão**

Destaca-se a importância de avaliar os níveis de barreiras e facilitadores de fatores ambientais relacionados à saúde a fim de que possam ser construídas estratégias que visem otimizar serviços de saúde, apoio e atitudes individuais de profissionais de saúde, contemplando as necessidades de agricultores e beneficiando o desempenho de suas atividades e participação. Em especial, o enfermeiro ao identificar os níveis de barreiras e facilitadores de tais fatores ambientais relacionados à saúde pode realizar o

planejamento de intervenções, modificando tais barreiras e promovendo os facilitadores, o que auxiliará no desenvolvimento de ações promotoras e preventivas na perspectiva da saúde de agricultores.

Sugere-se a realização de novas investigações para abordar o conteúdo da CIF em relação à saúde de agricultores, bem como a exploração dos tipos de barreiras e facilitadores para esses agricultores, a fim de registrar e comunicar informações específicas de enfermagem.

## Referências

1. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo demográfico, 2010. [em 01 Dev 2014]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/>
2. INSTITUTO DE ESTUDOS DO COMÉRCIO E NEGOCIAÇÕES INTERNACIONAIS (ICONE). [acesso em 01 Dev 2014]. Disponível em: <http://www.iconebrasil.com.br/>
3. Portaria GM/MS n. 1.823, de 23 de agosto de 2012 (BR). [Internet]. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. (2012). [acesso em 01 Nov 2014]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823\\_23\\_08\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html)
4. Peres F. Health, work and environment at the Brazilian rural. *Ciênc. saúde coletiva*. 2009; 14(6):1995-2004.
5. Todd H. Social and family aspects of dairy farm expansion - findings from the "Sustainable dairy farm systems for profit" project. M5 Project information series. Brisbane, QLD: Department of Primary Industries and Fisheries, 2006.
6. Escorpizo R, Glässel A. The role of the ICF in physical therapy and vocational rehabilitation: contributing to developments in occupational health. *Physical Therapy Reviews*. 2013;18(5):368-372.

7. Organização Mundial da Saúde. [Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais.]. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2003.
8. Bultmann U, Sherson D, Olsen J, Hansen CL, Lund T, Kilsgaard J. Coordinated and tailored work rehabilitation: a randomized controlled trial with economic evaluation undertaken with workers on sick leave due to musculoskeletal disorders. *J Occup Rehabil.* 2009; 19(1): 81-93.
9. Escorpizo R, Reneman MF, Ekholm J, Fritz J, Krupa T, Marnetoft SU, et al. A conceptual definition of vocational rehabilitation based on the ICF: building a shared global model. *J Occup Rehabil.* 2011; 21(2): 126-33.
10. Pedro-Cuesta J, Comín CM, Virués-Ortega J, Almazán IJ, Avellanal F, Alcalde CE, et al. ICF-based disability survey in a rural population of adults and older adults living in Cinco Villas, Northeastern Spain: design, methods and population characteristics. *Neuroepidemiology.* 2010; 35(1): 72-82.
11. Lakke SE, Soer R, Geertzen JHB, Wittink H, Douma RKW, Van der Schans CP, et al. Construct validity of functional capacity tests in healthy workers. *BMC Musculoskel Dis.* 2013; 14(180): 1-13.
12. Ministério da Saúde (BR). Resolução nº. 466/2012. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 2012. [acesso 2014 Out 01]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
13. Travassos C, Martins M. A review of concepts in health services access and utilization [review]. *Cad. Saúde Pública.* 2004; 20 Sup 2:S190-S198.
14. Travassos C, Viacava F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. *Cad. Saúde Pública.* 2007; 23(10):2490-2502.

15. Dean SG, Hudson S, Hay-Smith EJC, Milosavljevic S. Rural Workers' Experience of Low Back Pain: Exploring Why They Continue to Work. *J Occup Rehabil.* 2011; 21(3): 395-409.
16. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gender, morbidity, access and utilization of health services in Brazil. *Ciênc. saúde colet.* 2002; 7: (4): 687-707.
17. Cassiani SHB. Strategy for universal access to health and universal health coverage and the contribution of the International Nursing Networks. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2014; 22(6): 891-892.
18. Schimith MD, Simon BS, Bretas ACP, Budo MLD. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. *Trab. Educ. saúde.* 2011; 9 (3): 479-503.
19. Backes DS, Souza MHT, Marchiori MTC, Colomé JS, Backes MTS, Filho WDL. The Idealized Brazilian Health System versus the real one: contributions from the nursing field. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2014; 22(6):1026-1033.
20. Moraes SA, Lopes DA, Freitas ICM. Sex-specific differences in prevalence and in the factors associated to the search for health services in a population based epidemiological study. *Rev. Bras Epidemiol.* 2014; 17(2): 323-340.
21. Levorato CD, Mello LM, Silva AS, Nunes AA. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. *Ciênc. saúde colet.* 2014; 19 (4): 1263-74.
22. OMS. Organização Mundial da Saúde. Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal. Relatório mundial de saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2010.
23. Baratieri T, Mandú EN, Marcon S. Compreensão de enfermeiros sobre vínculo e longitudinalidade do cuidado na estratégia saúde da família. *Cienc enferm.* 2012; 18(2): 11-22.

24. Ferraz L, Tintade LL, Bevilaqua E, Santer J. As demandas do homem rural: informações para a assistência nos serviços de saúde da atenção básica. *Rev Min Enferm.* 2013; 17(2): 349-355.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados dessa tese, apresentados sob a forma de três artigos, permitiram atender os objetivos propostos. Inicialmente, por meio da revisão integrativa da literatura foi possível visualizar lacunas no conhecimento referente à utilização da CIF por enfermeiros. Essa revisão mostrou que a CIF pode ser um instrumento útil para o trabalho dos enfermeiros: no ensino, por exemplo, como modelo conceitual; na prática por gerar um conjunto de dados que permite aos enfermeiros comparar suas contribuições para o cuidado dos pacientes com outros profissionais da saúde, em diferentes ambientes e em nível internacional e na pesquisa para descrever questões de pesquisa e facilitar a interpretação. Contudo, a maioria dos artigos foi desenvolvida na área da Enfermagem em Reabilitação e poucas foram às evidências de sua utilização na área da Saúde do Trabalhador por enfermeiros. A partir desses achados, realizou-se a etapa empírica da pesquisa, objetivando analisar níveis de barreiras e de facilitadores de fatores ambientais, conforme a CIF, referentes à força de trabalho e à saúde de agricultores de dois ambientes rurais.

Os níveis de barreiras e de facilitadores de fatores ambientais relacionados à força de trabalho e à saúde foram diferentes entre os agricultores dos dois ambientes rurais investigados. Os fatores ambientais relacionados à força de trabalho (apoio da família, apoio da comunidade e instrumentos/equipamentos utilizados para o desenvolvimento do trabalho na agricultura) foram considerados barreiras leves (2) de 5-24% no desempenho para o trabalho de agricultores do ambiente I e nenhuma barreira (0) de 0-4% no desempenho para o trabalho de agricultores do ambiente II. Quanto aos serviços de saúde, os agricultores do ambiente I evidenciaram maiores níveis de facilitadores do que barreiras, o facilitador foi considerado como considerável (3) de 50-95% para o seu desempenho, enquanto que a barreira foi leve (1) de 5-24% para o seu desempenho. Já os agricultores do ambiente II identificaram os serviços de saúde como um facilitador moderado (2) de 25-49% para o seu desempenho, assim como uma barreira moderada (2) de 25-49%. O apoio e as atitudes individuais de profissionais de saúde foram avaliados como facilitadores consideráveis (3) de 50-95% para o desempenho dos agricultores do ambiente I, como facilitadores moderados (2) de 25-49% no desempenho para os agricultores do ambiente II e como nenhuma barreira (0) de 0-4% no desempenho das atividades e participação nos dois ambientes.

Tais achados evidenciam que analisar os níveis de barreiras e facilitadores dos fatores ambientais relacionados à força de trabalho e à saúde, de acordo com os agricultores de ambientes rurais, direciona perspectivas de cuidados de enfermagem para esses agricultores, suas famílias e comunidades. O enfermeiro e a equipe de saúde poderão desenvolver estratégias e ações de cuidado que minimizem os níveis de barreiras e aumentem os níveis de facilitadores desses fatores, favorecendo o processo de trabalho familiar/comunitário e a otimização dos serviços de saúde, apoio e atitudes individuais de profissionais de saúde, contemplando as necessidades dos agricultores e beneficiando o desempenho de suas atividades e participação e, conseqüentemente, sua funcionalidade e capacidade orgânica.

As estratégias e ações para minimizar os níveis de barreiras e aumentar os níveis de facilitadores dos fatores ambientais relacionados à força de trabalho e à saúde podem ser: diminuir as desigualdades de gênero nesses ambientes rurais, como possíveis barreiras do apoio da família; estimular e fornecer conhecimentos específicos para manter os jovens no trabalho agrícola; promover intervenções com as famílias agricultoras/comunidade, com o objetivo de esclarecer práticas seguras de trabalho, como as medidas de proteção frente à utilização de instrumentos/equipamentos para o desenvolvimento do trabalho na agricultura; assim como, repensar as características do processo de trabalho das unidades de saúde das localidades rurais, o próprio horário de funcionamento dessas unidades e o desenvolvimento de capacitações para os profissionais de saúde, agregando características de ruralidade para essas unidades e para esses profissionais, fundamentais para a promoção da funcionalidade e capacidade orgânica de agricultores.

A partir dos resultados desse estudo, é possível confirmar a tese: **níveis de barreiras e de facilitadores de fatores ambientais relacionados à força de trabalho e à saúde podem influenciar no desempenho de atividades e participação de agricultores.**

Entende-se que a CIF apresenta um limite por ser uma classificação, além de apresentar o próprio corpo humano como limite, porém é por meio desse limite que se consegue delimitar e atentar para aspectos específicos, os quais poderão evidenciar quais são os níveis de barreiras e de facilitadores de determinados fatores ambientais, como nesse estudo, os fatores relacionados à força de trabalho e à saúde para o desempenho de atividades e participação de agricultores no seu ambiente rural. A partir

disso, as intervenções em saúde, por exemplo, poderão ser planejadas e implementadas para possíveis melhoras nas condições de vida/trabalho das pessoas e populações.

Não significa que a CIF por apresentar tais limites, não possa ser ampliada, ou seja, visualizada de forma que se possam ultrapassar esses limites, reconhecendo que se precisa entender o corpo orgânico, o funcionamento e a capacidade humana na relação com o processo de saúde/doença, porém para além da alteração orgânica pontual, mas sem excluí-la. Assim, parte-se do corpo orgânico para então se reconhecer níveis de barreiras e de facilitadores de fatores ambientais, os quais poderão aumentar ou diminuir o desempenho de atividades e participação de agricultores.

Nesse entendimento, ao buscar compreender os níveis de barreiras e de facilitadores de fatores ambientais na contextualização com o ambiente rural e o processo de trabalho dos agricultores se reconhecem os limites, porém se reconhecem também as possibilidades para possíveis avanços, sejam teóricos e/ou relacionados com a prática clínica, por meio de intervenções em saúde.

Nesse sentido, recomendam-se maiores investigações na utilização da CIF por enfermeiros, desenvolvidas em diferentes ambientes de cuidado e nas diferentes áreas de conhecimento, para confirmar a utilidade desse conjunto de dados na prática clínica e contribuir para a atualização da CIF, assegurando que esta classificação da OMS seja explicitamente adaptada às necessidades dos enfermeiros. Há ainda uma necessidade para estimular a utilização e divulgação de estudos da CIF nos países em desenvolvimento.

Sugere-se, também, a realização de novas investigações para abordar o conteúdo da CIF em relação à força de trabalho e à saúde de agricultores, bem como a exploração dos tipos de barreiras e facilitadores para esses agricultores, a fim de registrar e comunicar informações específicas de enfermagem. Destaca-se, que ao se identificar níveis de barreiras e de facilitadores de fatores ambientais relacionados à força de trabalho e à saúde, o planejamento de intervenções em saúde poderá se concentrar em diminuir os níveis de barreiras e aumentar os níveis de facilitadores desses fatores ambientais relacionados ao próprio processo de trabalho ou outros aspectos indiretos ao processo, com a qualificação das condições de trabalho e ações promotoras e preventivas.

## REFERÊNCIAS

ALVES, K.S.; MOTA, D.M. Organização do trabalho familiar do espaço rural paraense: novos arranjos na organização do trabalho e na gestão das unidades de produção. **R. Inter. Interdisc. INTERthesis**, Florianópolis, v.9, n.2, p.191-215, jul.-dez., 2012.

ASSOCIAÇÃO RIO-GRANDENSE DE EMPREENDIMIENTOS DE ASSISTÊNCIA TÉCNICA DE EXTENSÃO RURAL (EMATER). Rio Grande do Sul/ASCAR. **Relatório anual interno de prestação de serviço**, 2008.

AZEVEDO, A. L. D. M. **A Ilha dos Três Antônios**. Portugal: Jornal Soberania do Povo Águeda, 2003.

BACKES, D. S. et al. O Sistema Único de Saúde idealizado versus o realizado: contribuições da Enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 6, p.1026-1033, dez. 2014.

BARATIERI, T.; MANDÚ, E.N.; MARCON, S. Comprensión de enfermeros acerca del vínculo y longitudinalidad del cuidado en la estrategia de salud de la familia. **Ciência y enfermería**, Concepción, v.18, n. 2, p. 11-22, ago. 2012.

BERTUZZI, D.; PASKULIN, L. G. M.; MORAIS, E. P. Arranjos e rede de apoio familiar de idosos que vivem em uma área rural. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 158-166, jan.-mar., 2012.

BOLDT, C.; BRACH, M.; GRILL, E.; BERTHOU, A.; MEISTER, K.; MONIKA, S.; STUCKI, G. The ICF categories identified in nursing interventions administered to neurological patients with post-acute rehabilitation needs. **Disability and Rehabilitation**, v. 27, p. 431-436, 2005.

BOLDT, C.; GRILL, E.; BARTHOLOMEYCZIK, S.; BRACH, M.; RAUCH, A.; ERIKS-HOOGAND, I.; STUCKI, G. Combined application of the International Classification of Functioning, Disability and Health and the NANDA-International Taxonomy II. **Journal of Advanced Nursing**, v. 66, n. 8, p. 1885-1898, 2010.

BOLDT, C.; VELSTRA, I. M.; BRACH, M.; LINSEISEN, E.; CIEZA, A. Nurses' intervention goal categories for persons with spinal cord injury based on the International Classification of Functioning, Disability and Health: an international Delphi survey. **Journal of Advanced Nursing**, v. 20, 2012.

BOLDT, C.; VELSTRA, I.; CIEZA, A.; SCHEURINGER, M.; STUCKI, G. Spinal cord injury: identifying nursing intervention categories based on the World Health Organization's International Classification of Functioning, Disability, and Health. **SCI Nursing**, v. 24, n. 2, 2007.

BOWLING, A. **Research Methods in Health: Investigating Health and Health Services**. Open University Press, Philadelphia, 2002.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Anuário Estatístico da Previdência Social 2013**. Brasília (DF): MTE; 2013. [acesso em 01 Dez 2014]. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/estatisticas/aeps-2013-anuario-estatistico-da-previdencia-social-2013/>

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. [acesso 2014 Out 01]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.823**, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. [acesso em 01 Nov 2014]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823\\_23\\_08\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html)

BRASIL. Ministério do Trabalho. Portaria n. 86, de 3 de março de 2005. **Norma Reguladora de Segurança e Saúde no Trabalho na Agricultura, Pecuária, Silvicultura, Exploração Florestal e Aquicultura**. Brasília; 2005. [acesso 2014 Out 01] Disponível em: [http://www.senar.org.br/arrecadacao/fund\\_legal/PORTARIA86.pdf](http://www.senar.org.br/arrecadacao/fund_legal/PORTARIA86.pdf).

BRUMER, A. Gênero e Agricultura: a situação da mulher na agricultura do Rio Grande do Sul. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 12, n.1, p. 205-227, jan-abr, 2004.

BUDÓ, M.L.D.; GONZALES, R.M.B.; BECK, C.L.C. Saúde e trabalho: uma correlação de conceitos na perspectiva de uma população rural e de Christophe Dejours. **Rev Gaucha Enferm.**, Porto Alegre, v. 24, n.1, p.43-52, abr, 2003.

BULTMANN, U.; SHERSON, D.; OLSEN, J.; HANSEN, C. L.; LUND, T.; KILSGAARD, J. Coordinated and tailored work rehabilitation: a randomized controlled trial with economic evaluation undertaken with workers on sick leave due to musculoskeletal disorders. **Journal of Occupational Rehabilitation**, v. 19, n. 1, p. 81-93, 2009.

BUTTO, A. Políticas para as mulheres trabalhadoras rurais: um compromisso de todos os dias. In. **Gênero, Agricultura familiar e reforma agrária no Mercosul**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Agrário, 2006. p. 87-94. Disponível em: < [www.orton.catie.ac.cr/repdoc/A8536P/A8536P.PDF](http://www.orton.catie.ac.cr/repdoc/A8536P/A8536P.PDF) > Acesso em: 15 jan. 2015.

CADASTRO NACIONAL DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES).

**Relatórios**. Disponível em:

[http://cnes.datasus.gov.br/Lista\\_Es\\_Municipio.asp?VEstado=43&VCodMunicipio=432240&NomeEstado=RIO%20GRANDE%20DO%20SUL](http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=43&VCodMunicipio=432240&NomeEstado=RIO%20GRANDE%20DO%20SUL). Acesso em: 10 de jan. 2015.

CAMPBELL, K. E. A new model to identify shared risk factors for pressure ulcers and frailty in older adults. **Rehabilitation Nursing**, v. 34, n. 6, p. 242-247, 2009.

CASSIANI, S. H. B. Estratégia para o acesso universal à saúde e cobertura universal de saúde e a contribuição das Redes Internacionais de Enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 6, p. 891-2, dez. 2014 .

CEAZAR-VAZ, M. R. **Laboratório de estudo de processos socioambientais e produção coletiva de saúde (núcleo enfermagem) – LAMSA**. Diretório dos grupos de pesquisa no Brasil - Lattes. [acesso 2014 Out 01] Disponível em: <http://dgp.cnpq.br/dgp/espelhogrupo/0809190126117768>

CEZAR-VAZ, M. R. (coordenadora). **Natureza humana da força de trabalho masculina e feminina: um estudo com trabalhadores (as) em dois ambientes rurais do Rio Grande do Sul**. Projeto de pesquisa financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e tecnológico (CNPq), processo nº 405285/2012-4.

CHAMBERLAIN, M. A.; FIALKA MOSER, V.; SCHULDT EKHOLM, K.; O'CONNOR, R. J.; HERCEG, M.; EKHOLM, J. Vocational rehabilitation: an educational review. **Journal of Rehabilitation Medicine**, v. 41, n. 11, p. 856-69, 2009.

DESBOROUGH, J.; FORREST, L.; PARKER, R. Nurse-led primary healthcare walk-in centres: an integrative literature review. **Journal of Advanced Nursing**, v. 68, p. 248-263, 2012.

ESCORPIZO, R.; GLÄSSEL, A. The role of the ICF in physical therapy and vocational rehabilitation: contributing to developments in occupational health. **Physical Therapy Reviews** v.18, n. 5, 2013.

ESCORPIZO, R.; RENEMAN, M. F.; EKHOLM, J.; FRITZ, J.; KRUPA, T.; MARNETOFT, S. U.; et al. A conceptual definition of vocational rehabilitation based on the ICF: building a shared global model. **Journal of Occupational Rehabilitation**, v. 21, n. 2, p. 126-33, 2011.

FERNADES, G. C. M.; BOEHS, A. E. Contribuições da literatura para a enfermagem de família no contexto rural. **Texto Contexto Enferm**, v. 20, n. 4, p. 803-11, 2011.

FLORIN, J.; EHRENBERG, A.; EHNFORSS, M.; BJÖRVELL, C. A comparison between the VIPS model and the ICF for expressing nursing content in the health care record. **International Journal of Medical Informatics**, v. 82, n. 2, p. 108-117, 2013.

FONTES, A. P.; FERNANDES, A. A.; BOTELHO, M. A. Funcionalidade e incapacidade: aspectos conceituais, estruturais e de aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 28, n. 2, p. 171-178, 2010.

GALVÃO, C. M. Níveis de evidência. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 5-5, 2006.

GRAY, D. E. **Pesquisa no mundo real**. 2<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Penso, 2012.  
HALBERTSMA, J.; HEERKENS, Y. F.; HIRS, W. M.; DE KLIJN-DE VRANKRIJKER M. W.; VAN RAVENSBERG, D.; TEN NAPEL, H. **Comments on the ICIDH-2 Beta-2 Draft and Results of Field Trials**. RIVM, Bilthoven, the Netherlands, 2000.

HEINEN, M.M.; VAN ACHTERBERG, T.; ROODBOL, G.; FREDERIKS, C. M. A. Applying ICF in nursing practice: classifying elements of nursing diagnoses. **International Nursing Review**, v. 52, p. 304-312, 2005.

HOFFMANN, A.C.O.S; KARKOTLI, A.P.B.; DIAS, S.L.A.; PAES, Z.P. A teoria do desenvolvimento da família: buscando a convergência entre a teoria e a prática no cotidiano dos profissionais de saúde. **Fam Saúde Desen.**, Curitiba, v.7, n.1, p.75-88, jan-abr, 2005.

HOWARD, D.; NIEUWENHUIJSEN, E. R; SALEEBY, P. Health promotion and education: Application of the ICF in the US and Canada using an ecological perspective. **Disability and Rehabilitation**, v. 30, n. 12-13, p. 942-954, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico**, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico**, 2014.

INSTITUTO DE ESTUDOS DO COMÉRCIO E NEGOCIAÇÕES INTERNACIONAIS (ICONE). [acesso em 01 Dev 2014]. Disponível em: <http://www.iconebrasil.com.br/>

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION (ILO). **Code of practice on safety and health in agriculture**. 2010. [Acesso em 20 Jan. 2015]. Disponível em: <[http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms\\_159457.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_159457.pdf)>.

JELSMA, J. Use of the International Classification of Functioning, Disability and Health: A literature survey. **Journal of Rehabilitation Medicine**, v. 41, p. 1-12, 2009.

JOHANSSON, C.; ÅSTRÖM, S.; KAUFFELDT, A.; CARLSTRÖM, E. Daily Life Dialogue Assessment in Psychiatric Care – Face Validity and Inter-Rater Reliability of a Tool Based on the International Classification of Functioning, Disability and Health. **Archives of Psychiatric Nursing**, v. 27, n. 6, p. 306-311, 2013.

KANERVISTO, M.; KAISTILA, T.; PAAVILAINEN, E. Severe chronic obstructive pulmonary disease in a family's everyday life in Finland: perceptions of people with chronic obstructive pulmonary disease and their spouses. **Nursing & Health Sciences**, v. 9, n. 1, p. 40-47, 2007.

KEARNEY, P. M.; PRYOR, J. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) and nursing. **Journal of Advanced Nursing**, v. 46, p. 162-170, 2004.

KIM, T. Y.; COENEN, A. Toward harmonising WHO International Classifications: a nursing perspective. **Informatics for Health & Social Care**, v. 36, n. 1, p. 35-49, 2011.

LAKKE, S. E.; SOER, R.; GEERTZEN, J. H. B; WITTINK, H.; DOUMA, R. K. W.; VAN DER SCHANS, C. P.; RENEMAN, M. F. Construct validity of functional capacity tests in healthy workers. **BMC Musculoskeletal Disorders**, v. 14, 2013.

LARSSON, A.; GARD, G. How can the rehabilitation planning process at the workplace be improved? A qualitative study from employers' perspective. **Journal of Occupational Rehabilitation**, v. 13, n. 3, p. 169-81, 2003.

MACHADO, W. C. A.; de FIGUEIREDO, N. M. A. Base fixa teto/mãos: cuidados para autonomia funcional de pessoas com sequela de lesão neurológica espástica. **Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery**, n. 13, v. 1, 2009.

MACHADO, W. C. A.; SCRAMIN, A. P. (In)dependência funcional na dependente relação de homens tetraplégicos com seus (in)substituíveis pais/cuidadores. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 1, p. 53-60, 2010.

MARX, K. **O capital. Crítica da economia política**. 10. ed. São Paulo: Difel, 1985.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. Making the case for evidence-based practice. In: MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare**. A guide to best practice. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins, 2005.

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

MINAYO, M. C. S.; MIRANDA, A. C. **Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. 343p.

MORAES, S.A.; LOPES, D.A.; FREITAS, I.C.M. Diferenças sexo-específicas na prevalência e nos fatores associados à procura por serviços de saúde em estudo epidemiológico de base populacional. **Rev. bras. epidemiol (online)**, São Paulo, v.17, n.2, p. 323-340, abr-jun, 2014.

MRAYYAN, M. T. The influence of standardized languages on nurses' autonomy. **Journal of Nursing Management**, v. 13, p. 238-241, 2005.

MUELLER, M.; BOLDT, C.; GRILL, E.; STROBL, R.; STUCKI, G. Identification of ICF categories relevant for nursing in the situation of acute and early post-acute rehabilitation. **BMC Nursing**, v. 7, n. 3, 2008.

MULLER, M.; LOHMANN, S.; STROBL, R.; BOLDT, C.; GRILL, E. Patients' functioning as predictor of nursing workload in acute hospital units providing rehabilitation care: a multi-centre cohort study. **BMC Health Services Research**, v. 10, 2010.

NAVARRO, Z.; PEDROSO, M. T. M. A agricultura familiar no Brasil: da promessa inicial aos impasses do presente. **Revista Econômica do Nordeste**, v. 45, p. 6-17, 2014.

NORGES OFFENTLIGE UTREDNINGER. **Sykefravær og uførepensjonering**. Et inkluderende arbeidsliv. NOU 2000:27. Oslo, Statens forvaltningstjenester, Seksjon statens trykking, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Organização Mundial da Saúde, CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde** [Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais, org.; coordenação da tradução Cassia Maria Buchalla]. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo – EDUSP; 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Organización Mundial de la Salud, Trabajar en pro de la salud: Presentación de la Organización Mundial de la Salud. [acesso 2014 Out 01]. Disponível em: [http://www.who.int/about/brochure\\_es.pdf](http://www.who.int/about/brochure_es.pdf). 2006.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). **Transforming Disability into Ability**. Policies to Promote Work and Income Security for Disabled People. Paris, OECD Publishing, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal. Relatório mundial de saúde**. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2010. 143 p.

OSBORNE, A. et. al. Musculoskeletal disorders among Irish farmers. **Occupational Medicine**. v. 60, p. 598-603, sept., 2010.

ØSTENSJØ, S.; BJORBÆKMO, W.; CARLBERG, E. B.; VØLLESTAD, N. K. Assessment of everyday functioning in young children with disabilities: An ICF-based analysis of concepts and content of the Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI). **Disability and Rehabilitation**, v. 28, n 8, p. 489-504, 2006.

ØSTERÅS, N.; BRAGE, S.; GARRATT, A.; BENTH, J. S.; NATVIG, B.; GULBRANDSEN, P. Functional ability in a population: normative survey data and reliability for the ICF based Norwegian Function Assessment Scale. **BMC Public Health**, v. 3, n. 7, 2007.

PAJALIC, Z.; KARLSSON, S.; WESTERGREN, A. Functioning and subjective health among stroke survivors after discharge from hospital. **Journal of Advanced Nursing**, v. 54, n. 4, p. 457-466, 2006.

PASCHOAL, T.; TAMAYO, A. Impacto dos valores laborais e da interferência família: trabalho no estresse ocupacional. **Psic.: Teor. e Pesq.** (online), Brasília, v. 21, n. 2, p. 173-180, mai-ago., 2005.

PEDRO-CUESTA, J.; COMÍN COMÍN, M.; VIRUÉS-ORTEGA, J.; ALMAZÁN ISLA, J.; AVELLANAL, F.; ALCALDE CABERO, E.; et al. ICF-based disability survey in a rural population of adults and older adults living in Cinco Villas, Northeastern Spain: design, methods and population characteristics. **Neuroepidemiology**, v. 35, n. 1, p.72-82, 2010.

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

PREFEITURA MUNICIPAL DE URUGUAIANA - RS. **Associação Rural 100 anos de História**. [acesso 2014 Out 01]. Disponível em: <http://www.uruguaiana.rs.gov.br/>.  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE URUGUAIANA. **Lei nº2.878 – de 05 de abril de 1999**. Gabinete do Prefeito, Uruguaiana, RS, 05 de abril de 1999. [acesso 2014 Out 01] Disponível em: [http://www.uruguaiana.rs.gov.br/secad/leis\\_decretos/Lei2878.pdf](http://www.uruguaiana.rs.gov.br/secad/leis_decretos/Lei2878.pdf).

PREFEITURA MUNICIPAL DE URUGUAIANA. **Secretaria da Indústria, Comércio, Turismo e Trabalho**. Administração 2005-2012. [acesso 2014 Out 01]. Disponível em: [http://www.uruguaiana.rs.gov.br/mapa\\_rural.pdf](http://www.uruguaiana.rs.gov.br/mapa_rural.pdf).

PRYOR, J.; FORBES, R.; HALL-PULLIN, L. Is there evidence of the International Classification of Functioning, Disability and Health in undergraduate nursing students' patient assessments? **International Journal of Nursing Practice**, v. 10, p. 134-141, 2004.

RAUCH, A.; KIRCHBERGER, I.; BOLDT, C.; CIEZA, A.; STUCKI, G. Does the Comprehensive International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Core Set for rheumatoid arthritis capture nursing practice? A Delphi survey. **International Journal of Nursing Studies**, v. 46, p. 1320-1334, 2009.

SCHIMITH, M.D.; SIMON, B.S.; BRETAS, A.C.P.; BUDO, M.L.D. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. **Trab. educ. saúde (online)**, Rio de Janeiro, v.9, n. 3, p. 479-503, jan-nov, 2011.

SHEN, P. Y.; CHEN, C. M. The WHO's International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF): Essential Knowledge for Nurses. **Hu Li Za Zhi**, v. 59, n. 6, p. 92-97, 2012.

SILIPRANDI, E. **Mulheres e Agroecologia**: a construção de novos sujeitos na agricultura familiar. 2009. 291f. Tese (Doutorado em Desenvolvimento Sustentável). Centro de Desenvolvimento Sustentável. Universidade de Brasília. Brasília, 2009.

SILVA J. M.; NOVATO-SILVA E.; FARIA H. P.; PINHEIRO T. M. M. Agrotóxico e trabalho: uma combinação perigosa para a saúde do trabalhador rural. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 891-903, 2005.

STEINER, W. A.; RYSER, L.; HUBER, E.; UEBELHART, D.; AESCHLIMANN, A.; STUCKI, G. Use of the ICF model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine. **Physical Therapy**, v. 82, n. 11, p. 1098-107, 2002.

TODD, H. **Social and family aspects of dairy farm expansion** - findings from the "Sustainable dairy farm systems for profit" project. M5 Project information series. Brisbane, QLD: Department of Primary Industries and Fisheries, 2006.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. s190-s198, 2004.

TRIOLA, M. F. **Introdução à Estatística**. Rio de Janeiro. Livros Técnicos e Científicos. Editora: S.A., 2008.

VAN ACHTERBERG, T.; HOLLEMAN, G.; HEIJNEN-KAALES, Y.; VAN DER BRUG, Y.; ROODBOL, G.; STALLINGA, H. A.; HELLEMA, F.; FREDERIKS, C. M. A. Using a multidisciplinary classification in nursing: the International Classification of Functioning Disability and Health. **Journal of Advanced Nursing**, v. 49, p. 432-441, 2005.

VAN DER NIET, O.; BONGERS, R. M.; VAN DER SLUIS, C. K. Functionality of i-LIMB and i-LIMB pulse hands: case report. **Journal of Rehabilitation Research & Development**, v. 50, n. 8, p. 1123-1128, 2013.

WADE, D. T.; HALLIGAN, P. New wine in old bottles: the WHO ICF as an explanatory model of human behaviour. **Clinical Rehabilitation**, v. 17, p. 349-354, 2003.

WANG, T.; CHERN, H.; CHIOU, Y. A theoretical model for preventing osteoarthritis – related disability. **Rehabilitation Nursing**, v. 30, n. 2, p. 62-67, 2005.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The Integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF. World Health Organization, Geneva, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps**. A Manual of Classification relating to the Consequences of Disease. Geneva: World Health Organization, 1980.

ANEXO I  
**PARECER Nº 026/ 2013**

**CEPAS 13/2013**

Proc.: 23116,000645/2013-73

**Título: NATUREZA HUMANA DA FORÇA DE TRABALHO MASCULINA E FEMININA: UM ESTUDO COM TRABALHADORES (AS) EM DOIS AMBIENTES RURAIS DO RIO GRANDE DO SUL**

Pesq. Resp.: Marta Regina Cezar - Vaz

**PARECER DO CEPAS:**

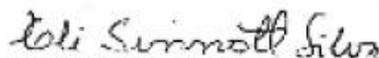
O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, bem como o atendimento às pendências informadas no parecer 19/2013, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto "**NATUREZA HUMANA DA FORÇA DE TRABALHO MASCULINA E FEMININA: UM ESTUDO COM TRABALHADORES (AS) EM DOIS AMBIENTES RURAIS DO RIO GRANDE DO SUL**".

Está em vigor, desde 15 de novembro de 2010, a Deliberação da CONEP que compromete o pesquisador responsável, após a aprovação do projeto, a obter a autorização da instituição co-participante e anexá-la ao protocolo do projeto no CEPAS. Pelo exposto, o pesquisador responsável deverá verificar se seu projeto está obedecendo a referida deliberação da CONEP.

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do relatório: 01/04/2015.

Rio Grande, RS, 13 de março de 2013.

  
Profª. Eli Sinnott Silva

Coordenadora do CEPAS/FURG

## ANEXO II

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE – FURG**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM – EENF**  
**LABORATÓRIO DE ESTUDOS DE PROCESSOS SOCIOAMBIENTAIS E PRODUÇÃO**  
**COLETIVA DE SAÚDE - LAMSA**  
**CAMPUS DA SAÚDE – RUA GENERAL OSÓRIO, S/N – CEP 96201-900 – RIO GRANDE/RS –**  
**BRASIL – FONE/FAX: (53) 32338855**

PROJETO DE PESQUISA: NATUREZA HUMANA DA FORÇA DE TRABALHO MASCULINA E FEMININA: UM ESTUDO COM TRABALHADORES (AS) EM DOIS AMBIENTES RURAIS DO RIO GRANDE DO SUL

### CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

Prezado(a) Trabalhador(a):

Solicitamos, respeitosamente, a sua colaboração para participar da pesquisa coordenada pela Dra. Marta Regina Cezar-Vaz. O que pretendemos é saber como tu compreendes a relação saúde, trabalho e ambiente, como sujeito que integra este ambiente de trabalho, e assim, avançar na produção da ciência da enfermagem de saúde do trabalhador, no foco de interesse a saúde socioambiental.

Para isso, realizaremos o registro do ambiente e do processo de trabalho por meio de **observação não-participante, vídeo-gravação e fotografias** das atividades realizadas no ambiente de trabalho e, também, uma **entrevista gravada (uso do gravador)**, a qual seguirá um questionário de questões permitindo registrar as informações fornecidas.

As entrevistas serão gravadas, garantindo o anonimato dos participantes e o caráter confidencial das informações obtidas. Para preservar o anonimato, as entrevistas e observações serão identificadas por um código. Em hipótese alguma os dados serão fornecidos para uso que possa ter alguma repercussão funcional ou implicação legal para os participantes do estudo.

A pesquisa tem finalidade acadêmica e destina-se a ser um instrumento para auxiliar na construção de tecnologias de trabalho para o fortalecimento do sistema público e com qualidade adequada a vida da humanidade. Asseguramos o compromisso com os princípios éticos no processo de desenvolvimento do trabalho, bem como nos seus produtos de divulgação. Garantimos o direito dos participantes em receber respostas ou esclarecimentos a qualquer pergunta ou dúvida acerca riscos, benefícios e demais assuntos relacionados à pesquisa.

**Consentimento:**

Pelo presente, declaro ter sido informado(a) de forma clara e detalhada, acerca dos objetivos, da justificativa, e do desenvolvimento da coleta dos dados. Fui igualmente informado (a): Da garantia de requerer resposta a qualquer pergunta ou dúvida acerca de qualquer questão referente ao trabalho; Da liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do trabalho, sem que me traga qualquer prejuízo; Da segurança que não serei identificado (a), e que se manterá o caráter do anonimato das informações na referencia de minha privacidade; Do compromisso de acesso às informações em todas as etapas do trabalho bem como dos resultados; De que serão mantidos os preceitos éticos e legais durante e após término do trabalho; De permitir o uso do gravador e anotações das falas e das observações, com garantia do anonimato.

Desta forma, concordo em participar referida pesquisa.

Nome e Assinatura do participante: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome e Assinatura do Pesquisador: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Coordenadora da Pesquisa Dra. Marta Regina Cezar Vaz**

Email – cezarvaz@vetorial.net - Fone: (53) 32330307 **Comitê de Ética em Pesquisa da FURG**

FURG – Campus Saúde – Rio Grande/RS Hospital Universitário

Rua Visconde de Paranaguá, 102 - Campus Cidade. CEP 96200-190. Tel. 3233.0235

Email: cepas@furg.br