

## AUTOAVALIAÇÃO DE SAÚDE DE AGRICULTORES FAMILIARES RESIDENTES EM UM MUNICÍPIO DE MINAS GERAIS

SELF-RATED HEALTH IN FAMILY FARMERS LIVING IN A MUNICIPALITY OF MINAS GERAIS

AUTOEVALUACIÓN DE SALUD DE AGRICULTORES FAMILIARES RESIDENTES EN UN MUNICIPIO DE MINAS GERAIS

Gisele Aparecida Dias Carneiro<sup>1</sup>; Magda do Carmo Parajára<sup>2</sup>;  
Cíntia Ribeiro Teodoro<sup>3</sup>; Adriana Lúcia Meireles<sup>4</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** Investigar a autoavaliação de saúde de agricultores familiares. **Métodos:** Estudo transversal com 63 agricultores familiares residentes em uma cidade de Minas Gerais. Utilizou-se instrumento de coleta de dados e foi realizada avaliação antropométrica. A variável desfecho foi a autoavaliação de saúde, categorizada em boa (muito boa e boa) e ruim (regular, ruim e muito ruim). As variáveis explicativas avaliadas foram características sociodemográficas, consumo alimentar e condição de saúde. Aplicou-se o teste Qui-quadrado de Pearson para verificar as relações das variáveis explicativas com a autoavaliação de saúde. **Resultados:** A prevalência de autoavaliação de saúde ruim foi de 27,0%. Relacionaram-se à autoavaliação de saúde: sexo ( $p=0,004$ ), consumo de alimentos ultraprocessados ( $p=0,015$ ), realização de refeições na frente da televisão ( $p=0,001$ ), presença de morbidade referida ( $p=0,007$ ), adoecimento recente ( $p=0,001$ ) e busca por atendimento médico recente ( $p=0,001$ ). **Conclusão:** Aproximadamente um quarto dos agricultores familiares autoavaliaram a saúde como ruim. A autoavaliação de saúde pode ser influenciada por condições como sexo, consumo de alimentos ultraprocessados, realização de refeições em frente à televisão, morbidade referida, adoecimento recente e busca por atendimento médico recente. Necessária se faz a interlocução e alcance das políticas públicas que promovam o fortalecimento e saúde desta população. **Descritores:** Autoavaliação; Saúde da População Rural; Saúde do Trabalhador; Morbidade; Fatores de Risco.

### ABSTRACT

**Objective:** To investigate family farmers' self-rated health. **Methods:** This cross-sectional study included 63 family farmers who lived in a city in Minas Gerais. A data collection instrument was used, and anthropometric assessments were performed. The outcome variable was self-rated health, which could be categorized as good (very good and good) or poor (fair, poor, and very poor). The explanatory variables evaluated were sociodemographic characteristics, food consumption, and health status. Pearson's chi-square tests were carried out to verify the relationships between explanatory variables and self-rated health. **Results:** The prevalence of poor self-rated health was 27.0%. The following variables were related to self-rated health: sex ( $p=0.004$ ), consumption of ultra-processed foods ( $p=0.015$ ), eating meals in front of the television ( $p=0.001$ ), presence of reported morbidity ( $p=0.007$ ), recent illness ( $p=0.001$ ), and recent seeking of medical care ( $p=0.001$ ). **Conclusion:** Approximately a quarter of the family farmers rated their health as poor. Self-rated health can be influenced by conditions such as sex, consumption of ultra-processed foods, eating meals in front of the television, reported morbidity, recent illness, and recent seeking of medical care. It is necessary to formulate public policies to strengthen and promote the health of this population. **Descriptors:** Self-assessment; Rural Health; Occupational Health; Morbidity; Risk Factors.

### RESUMEN

**Objetivo:** Investigar la autoevaluación de la salud de agricultores familiares. **Métodos:** Estudio transversal con 63 agricultores familiares residentes en una ciudad de Minas Gerais (Brasil). Se utilizó un instrumento de recogida de datos y se realizó una evaluación antropométrica. La variable de resultado fue la autoevaluación de la salud, categorizada como buena (muy buena y buena) y mala (regular, mala y muy mala). Las variables explicativas evaluadas fueron características sociodemográficas, consumo de alimentos y estado de salud. Se aplicó la prueba de chi-cuadrado de Pearson para verificar las relaciones entre las variables explicativas y la salud autoevaluada. **Resultados:** La prevalencia de mala salud autoevaluada fue del 27,0%. Relacionado con la salud autoevaluada: sexo ( $p=0,004$ ), consumo de alimentos ultraprocessados ( $p=0,015$ ), ingesta de alimentos frente al televisor ( $p=0,001$ ), presencia de morbilidad reportada ( $p=0,007$ ), enfermedad reciente ( $p=0,001$ ) y buscar atención médica reciente ( $p=0,001$ ). **Conclusión:** Aproximadamente una cuarta parte de los agricultores familiares calificaron la salud como mala. La salud autoevaluada puede verse influenciada por condiciones como el sexo, el consumo de alimentos ultraprocessados, comer frente al televisor, morbilidad referida, enfermedad reciente y buscar atención médica reciente. Es necesario dialogar y llegar a políticas públicas que promuevan el fortalecimiento y la salud de esta población. **Descritores:** Autoevaluación; Salud Rural; Salud Laboral; Morbilidad; Factores de Riesgo.

<sup>1</sup> Nutricionista pela Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP). E-mail: [gisele\\_carneiro@yahoo.com.br](mailto:gisele_carneiro@yahoo.com.br)

<sup>2</sup> Nutricionista. Mestre em Saúde e Nutrição. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa e Ensino em Nutrição e Saúde Coletiva (GPENSC) do Departamento de Nutrição Clínica e Social da UFOP. E-mail: [magda.parajara@aluno.ufop.edu.br](mailto:magda.parajara@aluno.ufop.edu.br)

<sup>3</sup> Nutricionista. Mestre em Saúde e Nutrição pela UFOP. E-mail: [cynthiaribeironutricao@gmail.com](mailto:cinthiaribeironutricao@gmail.com)

<sup>4</sup> Nutricionista. Doutora em Saúde Pública. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa e Ensino em Nutrição e Saúde Coletiva (GPENSC). Docente do Departamento de Nutrição Clínica e Social da UFOP. E-mail: [adriana.meireles@ufop.edu.br](mailto:adriana.meireles@ufop.edu.br)

Autor correspondente: Adriana Lúcia Meireles. Endereço: R. Professor Paulo Magalhães, 122, sala 65, Bauxita, Ouro Preto, MG, Brasil.

## INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde como sendo um “estado de completo bem-estar físico, mental e social, não apenas a ausência de doença”, e seu alcance é um direito fundamental<sup>(1)</sup>. No Brasil, a saúde também é considerada um direito e, acima de tudo, uma questão abrangente, resultado da interação entre condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde<sup>(2)</sup>.

Em termos operacionais, a saúde pode ser medida a partir de informações médicas baseadas em sinais e sintomas patológicos e em exames diagnósticos ou por meio de avaliações feitas pelos próprios indivíduos, com a utilização de indicadores como morbidade referida e autoavaliação de saúde (AAS)<sup>(3)</sup>. A AAS é um indicador que tem sido amplamente utilizado como método de mensuração do estado de saúde de indivíduos em inquéritos populacionais, pois trata-se de um método de baixo custo e fácil aplicação. A AAS consiste na percepção que cada indivíduo tem da própria saúde e está relacionada com aspectos da vida de natureza física, funcional, emocional e cognitiva. Além disso, a AAS é um forte preditor de morbidade, incapacidade, mortalidade e que, frequentemente, assemelha-se com a avaliação de saúde feita pelo médico<sup>(4,5)</sup>.

No que se refere à percepção de saúde entre os residentes do meio rural, a literatura sugere a necessidade de um maior aprofundamento sobre o conhecimento a respeito desta população<sup>(6)</sup>. Em um estudo de base populacional realizado em Pelotas, na região Sul do Brasil, não foi observada associação entre ser trabalhador rural e a AAS ruim<sup>(7)</sup>. Por outro lado, em um estudo de base populacional com agricultores brasileiros adultos, de âmbito nacional, foi encontrado que a ocupação agrícola diminuiu a chance de autoavaliar a saúde como boa<sup>(8)</sup>. Porém, de forma geral, nota-se escassez de estudos sobre o tema em determinadas populações no país, como os agricultores ou moradores rurais, devido à dificuldade de se realizar estudos neste meio<sup>(7,8)</sup>.

No Brasil, a Lei nº 11.326, de 24 de julho de 2006<sup>(9)</sup>, define que o agricultor familiar é aquele que não detém área maior do que quatro módulos fiscais, que utiliza predominantemente mão-de-obra da própria família e que obtém renda familiar das atividades econômicas do seu estabelecimento. Na sua ocupação agrícola, esses trabalhadores frequentemente estão expostos a condições inerentes à sua função (por

exemplo, trabalho físico pesado, intensa jornada de trabalho, uso de agrotóxicos, presença de ruídos, manuseio de maquinários, entre outros) que, possivelmente, podem favorecer piores condições de saúde quando comparados aos demais trabalhadores<sup>(8,10)</sup>. Dessa maneira, o uso da AAS pode auxiliar no entendimento da definição de saúde na população rural e, com isso, subsidiar ações de promoção, prevenção e recuperação de saúde desses trabalhadores no contexto rural, uma vez que esses possuem uma forma peculiar quanto ao modo de vida e de trabalho<sup>(6,8)</sup>.

Dado o exposto e considerando a relevância do tema, este estudo objetivou investigar a AAS de agricultores familiares.

## MÉTODOS

### Desenho, período e local do estudo

Trata-se de um estudo transversal realizado com agricultores familiares do município de Mariana, Minas Gerais, Brasil. Este estudo é parte do projeto de pesquisa intitulado “Condições de Saúde e Vida no Meio Rural: Perfil dos Agricultores Familiares do Município de Mariana/MG”, realizado entre julho e dezembro de 2017. O município de Mariana está situado a 110 km da capital Belo Horizonte e, segundo o censo demográfico de 2010, apresenta população total de 54.219 habitantes, sendo que destes, 6.577 residem na área rural<sup>(11)</sup>.

### População do estudo

Para participar do estudo, os agricultores familiares precisavam ter idade maior ou igual a 18 anos, ter a Declaração de Aptidão ao Pronaf (DAP) ativa e, conseqüentemente, enquadrar-se na Lei nº 11.326, de 24 de julho de 2006<sup>(9)</sup>, esta que estabelece critérios para definição de agricultura familiar. A DAP (usada para identificar o universo do presente estudo) é uma ficha cadastral para os agricultores brasileiros, que contém dados pessoais e da propriedade. A DAP é usada como fonte de informações a respeito dos agricultores familiares, e ainda, ela é a porta de entrada deste grupo para o recebimento de subsídios financeiros e participação nas políticas públicas<sup>(12)</sup>. Por exemplo, a DAP possibilita que o agricultor familiar tenha acesso ao crédito rural e participe de programas como o Programa Nacional de Alimentação do Escolar (PNAE).

A partir de levantamento realizado no *website* do Ministério do Desenvolvimento Agrário (MDA), foram identificados 240 agricultores com DAPs ativas no município. Nas DAPs constavam os nomes dos agricultores, condição do uso da terra, o número e a situação da DAP. A fim de obter informações que possibilitassem estabelecer o

primeiro contato com os agricultores familiares, buscou-se levantar informações de endereço e telefone dos mesmos em diversas unidades de órgãos responsáveis por fornecer algum tipo de assistência a esses agricultores, dentre eles: a Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural de Minas Gerais (EMATER), unidade de Mariana; associações e sindicatos rurais; e Secretaria Municipal de Desenvolvimento Rural. Além disso, realizou-se busca ativa, por meio da abordagem de indivíduos que poderiam fornecer alguma informação a respeito desses agricultores, a exemplo, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Após intensa investigação, foi possível identificar informações sobre o número telefônico e/ou endereço de 169 agricultores familiares, com os quais se buscou estabelecer contato para convidar a participar da pesquisa. As tentativas de contato foram estabelecidas considerando até três ligações telefônicas ou três visitas domiciliares. O agricultor foi considerado um contato sem sucesso quando não respondeu a nenhuma destas tentativas. Dos 169 agricultores familiares identificados, 76 foram contatos bem-sucedidos e, portanto, convidados a participar da pesquisa. Contudo, 11 agricultores recusaram-se a participar, um informou que não residia mais no município e um veio a óbito, constituindo, assim, um total de 63 participantes, os quais foram previamente contatados para agendamento de data e horário para esclarecimento sobre o estudo.

### Coleta de dados

Uma equipe de graduandos em Nutrição, previamente selecionados, receberam treinamento para realização e padronização das medidas antropométricas, bem como para a aplicação do instrumento de coleta de dados. Aos agricultores familiares que consentissem a participação, eram realizadas a entrevista face a face e a avaliação antropométrica. O instrumento de coleta de dados utilizado foi elaborado com base em pesquisas nacionais: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD 2015), Pesquisa Nacional de Saúde (PNS 2013), e Censo Demográfico (IBGE 2010), e continha questões referentes aos seguintes aspectos: características sociodemográficas; produção agropecuária; uso de agrotóxico; condição de trabalho; condição de saúde; marcadores do consumo alimentar; consumo de bebida alcoólica; hábito de fumar; atividade física; e avaliação nutricional.

Para a avaliação antropométrica foi utilizada balança eletrônica Tanita BF 542®, de capacidade máxima de 136 kg para a medição do peso. O participante foi orientado a ficar descalço, com roupas leves e sem portar objetos que poderiam interferir no peso (caneta, celular, relógio, chapéu, etc.). A estatura foi aferida utilizando-se um estadiômetro vertical portátil da marca Altura Exata®, com extensão de 2 m

e escala de 1 mm. Admitiu-se uma variação máxima de 0,5 cm entre as duas medidas da altura e, posteriormente, foi estabelecido o valor médio das mesmas.

### Variáveis

A variável desfecho foi a AAS, investigada pela pergunta "Em geral como o(a) senhor(a) avalia a sua saúde? Muito boa, boa, regular, ruim ou muito ruim?". As respostas foram categorizadas em AAS boa (muito boa e boa) e AAS ruim (regular, ruim e muito ruim).

As variáveis explicativas foram divididas em três blocos: características sociodemográficas; consumo alimentar; e condição de saúde.

As variáveis investigadas no bloco características sociodemográficas foram: sexo (feminino e masculino); faixa etária (18 a 34, 35 a 59 e  $\geq 60$  anos); cor autodeclarada (branca/amarela e preta/parda); escolaridade ( $\leq 8$  e  $> 8$  anos); e renda familiar ( $\leq 2$  e  $> 2$  salários mínimos, considerando o salário mínimo vigente em 2017, de R\$ 937).

O bloco consumo alimentar foi baseado nas Orientações para Avaliação de Marcadores de Consumo Alimentar da Atenção Básica<sup>(13)</sup>, que investiga o consumo de alimentos *in natura* (frutas, verduras e feijão) e ultraprocessados (embutidos, bebidas adoçadas, salgados, doces e temperos industrializados) no dia anterior e hábito de fazer refeições na frente da televisão (TV).

As respostas referentes ao consumo de alimentos *in natura* foram dicotomizadas em "desejável", quando o consumo no dia anterior foi igual a três alimentos, e "indesejável", quando o consumo no dia anterior foi inferior a três alimentos. As respostas para o consumo de alimentos ultraprocessados foram categorizadas em "não", para aqueles que relataram não ter consumido nenhum alimento ultraprocessado no dia anterior, e "sim", quando o consumo relatado foi de um ou mais alimentos. A realização de refeições em frente à TV foi dicotomizada em "não" e "sim".

As variáveis pertencentes ao bloco condição de saúde foram: morbidade referida; uso de medicamentos; adoecimento recente; busca por atendimento médico recente; excesso de peso; e risco cardiovascular.

A variável morbidade referida investigou ocorrência de patologias por meio da pergunta "Algum médico já deu ao(a) senhor(a) o diagnóstico de algumas dessas doenças listadas abaixo: hipertensão arterial, diabetes mellitus, hipercolesterolemia, doença cardiovascular, acidente vascular cerebral, bronquite/asma, problema crônico de coluna, artrite, distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT/LER), depressão, insuficiência renal crônica (IRC) câncer ou outras patologias?". Considerou-se sem morbidade o agricultor que relatou ausência de qualquer patologia e com morbidade aqueles que tiveram o diagnóstico médico de no mínimo

uma das patologias investigadas.

O uso de medicamentos foi analisado por meio da pergunta "O(a) senhor(a) faz uso de algum medicamento? Sim ou não". O adoecimento recente foi investigado pela pergunta "Nas últimas duas semanas o(a) senhor(a) deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais por motivos de saúde? Sim ou não". Averiguou-se a busca por atendimento médico recente pela seguinte pergunta "Nas duas últimas duas semanas o(a) senhor(a) procurou algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado a própria saúde? Sim ou não".

A condição de presença ou ausência de excesso de peso foi determinada a partir do Índice de Massa Corporal (IMC). Para isso, foram aferidas medidas antropométricas de peso e altura. Os pontos de corte do IMC foram determinados a partir das recomendações da OMS<sup>(14)</sup>, para os indivíduos adultos, e de Lipschitz (1994)<sup>(15)</sup>, para os idosos (idade ≥ 60 anos). Dessa forma, aqueles com baixo peso e eutrofia (IMC < 25 kg/m<sup>2</sup> para adultos e ≤ 27 kg/m<sup>2</sup> para idosos) foram considerados como não tendo excesso de peso. Em contrapartida, aqueles com sobrepeso e obesidade (IMC ≥ 25 kg/m<sup>2</sup> para adultos e > 27 kg/m<sup>2</sup> para idosos) foram considerados como tendo excesso de peso.

O risco cardiovascular foi avaliado pelo perímetro da cintura. Para isto, utilizou-se uma fita métrica, com extensão de 2 m, flexível e inelástica, dividida em centímetros e subdivida em milímetros. A medida do perímetro da cintura foi obtida no ponto médio entre a borda inferior da última costela e o osso do quadril (crista ilíaca), tomando-se o cuidado para mantê-la justa sem comprimir os tecidos. A classificação de risco foi feita de acordo com os valores de referência preconizados pelo

Ministério da Saúde, que classifica com risco cardiovascular perímetro > 80,0 cm nas mulheres e > 94,0 cm nos homens<sup>(16)</sup>.

### Análise estatística

Os dados foram tabulados em planilhas do Excel<sup>®</sup> 2013, por dupla digitação, e foram analisados com auxílio do software estatístico STATA, versão 13.0. Inicialmente, foi feita a análise descritiva de todas as variáveis estudadas, seguida do cálculo do Qui-Quadrado de Pearson para verificar as diferenças nas frequências de cada variável, bem como relações das variáveis explicativas com a AAS. O nível de significância adotado foi de 5% ( $p < 0,05$ ).

### Aspectos éticos

O estudo seguiu os aspectos éticos da Resolução 466/2012 propostos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade Newton Paiva, sob o nº 2.049.974 (CAAE: 67343917.9.0000.5097). Os agricultores familiares que consentiram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## RESULTADOS

A população de estudo foi composta em sua maioria por indivíduos na faixa etária entre 35 e 59 anos (55,6%), do sexo masculino (58,7%), autodeclarados como de cor preta ou parda (60,3%) e com escolaridade igual ou inferior a oito anos de estudo (65,1%). No que diz respeito à renda, 57,1% possuíam renda menor ou igual a dois salários mínimos (Tabela 01).

**Tabela 01** – Autoavaliação de saúde segundo variáveis sociodemográficas em agricultores familiares (n=63). Mariana, MG, Brasil, 2017.

Variáveis	Total		AAS* boa (n=46)		AAS* ruim (n=17)		Valor-p**
	n	%	n	%	n	%	
<b>Faixa etária</b>							
18-34 anos	16	25,4	12	75,0	4	25,0	
35-59 anos	35	55,6	26	74,3	9	25,7	
≥ 60 anos	12	19,0	8	66,7	4	33,3	0,858
<b>Sexo</b>							
Masculino	37	58,7	32	86,5	5	13,5	
Feminino	26	41,3	14	53,8	12	46,2	<b>0,004</b>
<b>Cor autodeclarada</b>							
Branca/amarela	25	39,7	21	84,0	4	16,0	
Preta/parda	38	60,3	25	65,8	13	34,2	0,111
<b>Escolaridade</b>							
≤ 8 anos	41	65,1	27	65,8	14	34,2	
> 8 anos	22	34,9	19	86,4	3	13,6	0,080
<b>Renda familiar***</b>							
≤ 2 salários mínimos	36	57,1	25	69,4	11	30,6	
> 2 salários mínimos	27	42,9	21	77,8	6	22,2	0,461

Legenda: \*AAS: Autoavaliação de saúde; \*\*Valor-p obtido pelo teste Qui-quadrado de Pearson; \*\*\*Em 2017, o salário mínimo vigente no Brasil era de R\$ 937. Em negrito, as variáveis significativas (valor-p < 0,05).



Para o consumo de alimentos *in natura*, 47,6% tiveram um consumo indesejado, ou seja, menor que três alimentos no dia que antecedeu a pesquisa. Para o consumo de alimentos ultraprocessados, 71,4% relatou ter

feito o consumo de um ou mais desses alimentos investigados no dia anterior à pesquisa. Quanto à realização de refeições na frente da TV, 33,3% afirmaram ter esse hábito (Tabela 02).

**Tabela 02** – Autoavaliação de saúde segundo variáveis de consumo alimentar em agricultores familiares (n=63). Mariana, MG, Brasil, 2017.

Variáveis	Total		AAS* boa (n=46)		AAS* ruim (n=17)		Valor-p**
	n	%	n	%	n	%	
<b>Consumo de alimentos <i>in natura</i></b>							
Indesejável	30	47,6	23	76,7	7	23,3	0,534
Desejável	33	52,4	23	69,7	10	30,3	
<b>Consumo de alimentos ultraprocessados</b>							
Não	18	28,6	17	94,4	1	5,6	<b>0,015</b>
Sim	45	71,4	29	64,4	16	35,6	
<b>Refeições na frente da TV***</b>							
Não	42	66,7	36	85,7	6	14,3	<b>0,001</b>
Sim	21	33,3	10	47,6	11	52,4	

Legenda: \*AAS: Autoavaliação de saúde; \*\*Valor-p obtido pelo teste Qui-quadrado de Pearson; \*\*\*TV: Televisão. Em negrito, as variáveis significativas (valor-p < 0,05).

No que se refere às variáveis de condição de saúde, 68,2% dos agricultores familiares relataram possuir uma ou mais morbidades. Ainda, 42,9% afirmaram que faziam uso de medicamentos. Entre os agricultores familiares, 15,9% e 19,0% relataram ter

adoecido e procurado atendimento médico nas últimas duas semanas, respectivamente. A presença de excesso de peso e risco cardiovascular foi verificada em 71,4% dos indivíduos desse grupo (Tabela 03).

**Tabela 03** – Autoavaliação de saúde segundo variáveis de condição de saúde em agricultores familiares (n=63). Mariana, MG, Brasil, 2017.

Variáveis	Total		AAS* boa (n=46)		AAS ruim (n=17)		Valor-p**
	n	%	n	%	n	%	
<b>Morbidade referida</b>							
Não	20	31,8	19	95,0	1	5,0	<b>0,007</b>
Sim	43	68,2	27	62,8	16	37,2	
<b>Uso de medicamentos</b>							
Não	36	57,1	29	80,56	7	19,4	0,120
Sim	27	42,9	17	63,0	10	37,0	
<b>Adoecimento recente</b>							
Não	53	84,1	43	81,1	10	18,9	<b>0,001</b>
Sim	10	15,9	3	30,0	7	70,0	
<b>Busca por atendimento médico recente</b>							
Não	51	81,0	42	82,4	17	17,6	<b>0,001</b>
Sim	12	19,0	4	33,3	8	66,7	
<b>Excesso de peso</b>							
Não	18	28,6	14	77,8	4	22,2	0,590
Sim	45	71,4	32	71,1	13	28,9	
<b>Risco cardiovascular</b>							
Não	18	28,6	16	88,9	2	11,1	0,073
Sim	45	71,4	30	66,7	15	33,3	

Legenda: \*AAS: Autoavaliação de saúde; \*\* Valor-p obtido pelo teste Qui-quadrado de Pearson. Em negrito, as variáveis significativas (valor-p < 0,05).

A proporção de agricultores familiares que autoavaliaram sua saúde como ruim foi de 27,0% (IC95%: 15,72–38,25%). Foram estatisticamente relacionadas com a AAS as variáveis: sexo ( $p=0,004$ ), consumo de alimentos ultraprocessados ( $p=0,015$ ), realização de refeições na frente da TV ( $p=0,001$ ), morbidade referida ( $p=0,007$ ), adoecimento recente ( $p=0,001$ ) e busca por

atendimento médico recente ( $p=0,001$ ) (Tabelas 01, 02 e 03).

## DISCUSSÃO

Este estudo evidenciou que aproximadamente um quarto dos agricultores familiares relatou AAS ruim. Além disso, foram observa-

das associações estatisticamente significativas entre AAS e as variáveis sexo, realização de refeições na frente da TV, morbidade referida, adoecimento recente e busca por atendimento médico recente.

A proporção de agricultores que autoavaliaram a saúde como ruim neste estudo (27,0%) foi inferior àquela reportada na PNS 2013 (33,9%), um estudo nacional que entrevistou 60.202 indivíduos com idade maior ou igual a 18 anos<sup>(17)</sup>. Ressalta-se que a PNS investiga moradores de domicílios de todas as regiões do país, e ainda, avalia a população urbana, fatores estes que podem ter influenciado a diferença encontrada, uma vez que o território nacional apresenta desigualdades profundas de saúde<sup>(18,19)</sup>. Todavia, um estudo realizado com trabalhadores rurais em Santa Catarina mostrou uma prevalência de AAS ruim de 35,5%<sup>(10)</sup>, ainda assim, um resultado superior ao encontrado no presente estudo. Essas diferenças nas prevalências de AAS mesmo entre comunidades rurais podem ser explicadas pela heterogeneidade das mesmas, que se diferenciam quanto a aspectos históricos, culturais, econômicos e de crenças<sup>(6)</sup>.

Quando comparados aos residentes da área urbana, acredita-se que as pessoas que residem em áreas rurais tendem a ser mais rigorosas ao considerar uma condição como problema de saúde, ou seja, não aceitam tão facilmente a condição de doença. Além disso, é comum que as populações rurais considerem para a avaliação de saúde aspectos físicos ou aqueles que afetam sua independência e autossuficiência para trabalhar e realizar outras atividades cotidianas<sup>(6)</sup>. Entre outros fatores que podem ajudar a entender as diferenças da condição de saúde no contexto rural podem ser citados: o desconhecimento a respeito da real condição de saúde, causado pelo menor nível de escolaridade; a longa jornada de trabalho, que dificultaria a busca por cuidados de saúde; e acesso reduzido aos serviços de saúde, característicos da população rural<sup>(10)</sup>. Complementarmente, entre possíveis explicações para o acesso reduzido aos serviços de saúde na área rural, assim como a dificuldade da atuação de profissionais de saúde, a literatura traz a distância territorial e a dificuldade de deslocamento para estas regiões<sup>(8)</sup>.

Embora uma parcela considerável dos agricultores rurais tenha relatado uma AAS ruim, foi encontrado que aproximadamente 73% autoavaliaram a saúde como boa. Uma possibilidade para tal achado é que, apesar das condições de vida da população brasileira não ter atingido patamares mais elevados, o desenvolvimento de políticas relacionadas à promoção, prevenção e recuperação da saúde dos indivíduos mais vulneráveis vêm contribuindo para a diminuição das iniquidades em saúde no país<sup>(20)</sup>.

A variável sexo esteve relacionada à avaliação do estado de saúde. Pesquisas realizadas em âmbito nacional têm apontado que existe associação entre AAS ruim e sexo feminino<sup>(17,21)</sup>. Complementarmente, um estudo de base populacional com dados da PNAD 2008, ao analisar as condições de saúde de 24.018 trabalhadores rurais brasileiros, com 18 anos ou mais, mostrou que mulheres têm uma chance menor de não autoavaliar a saúde como boa quando comparadas aos homens<sup>(8)</sup>. De uma forma geral, acredita-se que as mulheres têm maior preocupação e compromisso com a saúde, empenham-se mais na busca por informações e tratamentos de saúde, apresentando boa adesão aos mesmos, e realizam maior número de exames, quando comparadas aos homens, que adiam mais a procura por serviços de saúde<sup>(10)</sup>. Uma outra possibilidade é a dupla jornada de trabalho das mulheres, muitas vezes envolvidas tanto nas tarefas domésticas quanto nas atividades relacionadas à terra, o que pode acabar impactando na sua saúde física e mental, ou até mesmo, resultando em pouco tempo para cuidar de si<sup>(22)</sup>.

No que tange às variáveis de consumo alimentar e AAS, observou-se relação positiva entre estas nos últimos anos, grandes esforços têm sido realizados no âmbito da criação de políticas públicas de saúde e educação que contribuam para a adoção de um padrão alimentar saudável e redução do consumo de alimentos ultraprocessados<sup>(23)</sup>. A realização de refeição na frente da TV também esteve relacionada à AAS o que talvez possa ser justificado pelo aumento das práticas alimentares inadequadas adotadas nas últimas décadas pela população brasileira como um todo, independente da sua localização, fase da vida e condição socioeconômica<sup>(23)</sup>. -

A variável presença de morbidade referida relacionou-se à AAS. Outro estudo realizado em Belo Horizonte, mostra que entre indivíduos com morbidade referida (42,6%; IC95%: 40,2-45,0%) têm sido reportada uma maior prevalência de AAS ruim quando comparados àqueles sem morbidade referida (13,1%; IC95%: 10,9-15,3%)<sup>(24)</sup>. Ainda chama atenção no presente estudo que, cerca de 70% dos agricultores familiares reportaram morbidades, resultado preocupante tratando-se de uma população economicamente ativa<sup>(10)</sup>.

Para a variável adoecimento recente, foi possível observar uma relação significativa com a AAS. Os agricultores que relataram que deixaram de fazer atividades habituais nas duas últimas semanas devido a algum problema de saúde apresentaram uma maior prevalência de AAS ruim. De fato, seria esperado que a condição recente de doença influenciasse na pior percepção de saúde, ainda mais nesse grupo populacional que é marcado pela AAS atrelada à capacidade de

realizar suas atividades habituais<sup>(6)</sup> e que dificilmente perdem de dias de trabalho<sup>(10)</sup>. Além disso, a busca por atendimento médico recente entre os agricultores familiares também se relacionou com a AAS. A pior percepção da saúde talvez reflita na procura por serviços de saúde e na adoção de medidas de autocuidado diante da preocupação com a ocorrência de alguma doença<sup>(20,24)</sup>. Por exemplo, estudo qualitativo realizado com australianos com presença de comorbidades relacionadas à ocorrência de diabetes e doença renal crônica revelou que as experiências adversas advindas da doença têm um impacto negativo sobre o psicológico dos pacientes, que ressaltaram, inclusive, a importância da disponibilidade de serviços para serem atendidos<sup>(25)</sup>.

Um fator que pode ser entendido como limitação do estudo foi o tamanho pequeno da amostra que o compõe e a não localização de alguns agricultores familiares, o que faz com que a generalização destes resultados seja cuidadosa. Porém, é importante ressaltar que o acesso à população de estudo no município de Mariana foi desafiador. Isso porque observou-se uma grande deficiência de informações de contato (endereço e telefone) a respeito dessa população no município, estes dados estavam ausentes ou desatualizados nos seus respectivos cadastros, tornando obtenção de qualquer dado a respeito dos agricultores familiares muito difícil. Somado a isso, deve-se destacar ainda: a grande extensão territorial do município, que dificultou a busca ativa de agricultores familiares, pois algumas localidades, a partir da sede, levavam até três horas de carro, e as linhas de ônibus não atendiam todas as localidades; a precariedade da rede de telefonia móvel na área rural, que em muitas localidades não tinha sinal telefônico, o que dificultava o contato; e a falta de financiamento para viabilizar o acesso a áreas mais distantes ou até mesmo custear a vinda de alguns agricultores até a sede do município.

Diante da escassez de dados nacionais sobre a condição de saúde da população residente na área rural, este estudo traz informações relevantes para o entendimento de possíveis determinantes da AAS nessa

população, a citar as características sociodemográficas, de consumo alimentar e condição de saúde. A importância da investigação da AAS neste estudo reflete no subsídio da mesma para o monitoramento da condição de saúde dos agricultores familiares de Mariana, com base na percepção das dimensões de saúde física, mental e social. Consequentemente, contribuiu para o mapeamento e coleta de informações básicas a respeito dessa população, chamando para a necessidade de maior atenção e visibilidade à população no município no que se refere ao desenvolvimento de políticas de saúde e de desenvolvimento rural, uma vez que a saúde é resultado do acesso adequado a outros serviços, por exemplo, educação, alimentação, habitação, lazer, entre outros aspectos<sup>(2)</sup>. Especificamente, para Mariana, evidencia-se a necessidade das ações voltadas para a igualdade de gênero no meio rural, hábitos alimentares saudáveis e ações voltadas para a promoção e prevenção de doenças. Portanto, estudos locais que investiguem a condição de saúde dos agricultores familiares e os fatores que a influenciam são necessários e fomentam a elaboração políticas locais eficazes, adequando-se à realidade da comunidade investigada.

## CONCLUSÃO

Os resultados demonstram que aproximadamente um quarto dos agricultores familiares avaliados relataram prevalência de AAS ruim. Diante disso, acredita-se que a AAS por parte dos agricultores familiares seja influenciada por condições como sexo, consumo de alimentos ultraprocessados, realização de refeições na frente da TV, presença de morbidade referida, adoecimento recente e busca por atendimento médico. A interlocução e alcance das políticas de saúde, de assistência social, lazer e cultura tornam-se necessárias em meio às áreas rurais, de modo a mitigar os atuais impactos na AAS e, consequentemente, na condição de vida dos agricultores familiares. Ao passo que promovem o fortalecimento e saúde desta população.

**Contribuição individual dos autores:** Carneiro GAD, Parajára MC e Teodoro CR: Participaram na concepção e redação do projeto; coleta, análise e interpretação dos dados; redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada. Meireles AL: participou na redação do artigo e análise crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada. Todos os autores declaram ser responsáveis por todos os aspectos do trabalho, garantindo sua precisão e integridade.

**Submetido:** 15/07/2020

**Aceito em:** 31/08/2020

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Basic documents: forty-ninth edition [Internet]. WHO. Geneva; 2020 [citado 2 Set 2020]. Disponível em: [https://apps.who.int/gb/bd/pdf\\_files/BD\\_49th-en.pdf](https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf)
2. Brasil. Relatório da 16ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde; 2019.
3. Jylhä M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Soc Sci Med.* 2009;69(3):307–16.
4. Diener E, Pressman SD, Hunter J, Delgado-Chase D. If, why, and when subjective well-being influences health, and future needed research. *Appl Psychol Heal Well-Being.* 2017;9(2):133–67.
5. Nielsen TH. The relationship between self-rated health and hospital records. *Health Econ.* 2016;25(4):497–512.
6. Gessert C, Waring S, Bailey-Davis L, Conway P, Roberts M, Vanwormer J. Rural definition of health: a systematic literature review. *BMC Public Health.* 2015;15(1):378.
7. Martins-Silva T, Hirschmann R, Bortolotto CC, Fernandes MP, Ruivo AC, Tovo-Rodrigues L. Health self-perception and morbidities, and their relation with rural work in southern Brazil. *Rural and Remote Health.* 2020;20:5424.
8. Moreira JP de L, Oliveira BLCA de, Muzi CD, Cunha CLF, Brito A dos S, Luiz RR. A saúde dos trabalhadores da atividade rural no Brasil. *Cad Saude Publica.* 2015;31(8):1698–708.
9. Brasil. Lei nº 11.326, de 24 de julho de 2006. Estabelece as diretrizes para a formulação da Política Nacional da Agricultura Familiar e Empreendimentos Familiares Rurais. [Internet]. Diário Oficial da União 25 jul 2006; Seção 1, p. 1.; Brasília; 2006. [citado 25 Jul 2020]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2006/Lei/L11326.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11326.htm)
10. Kessler M, Bertasi LM, Trindade L de L, Erdtmann BK, Soares RS de A, Lima SBS de. Morbidades da população rural e a utilização de serviços de saúde. *Rev Enferm da UFPI.* 2016;5(3):24–9.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse do censo demográfico 2010 [Internet]. IBGE. 2011 [citado 2 Set 2020]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=249230>
12. Herrera GP, Costa RB da, Moraes PM de, Mendes DRF, Constantino M. Smallholder farming in Brazil: an overview for 2014. 2017;12(17):1424–9.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento da Atenção Básica. Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica [Internet]. Ministério da Saúde. Brasília; 2015 [citado 25 Jul 2020]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marcadores\\_consumo\\_alimentar\\_atencao\\_basica.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marcadores_consumo_alimentar_atencao_basica.pdf)
14. World Health Organization. Physical status: the use of and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. Technical Report Series, no. 854. [Internet]. WHO. Geneva; 1995 [citado 25 Jul 2020]. Disponível em: [https://www.who.int/childgrowth/publications/physical\\_status/en/](https://www.who.int/childgrowth/publications/physical_status/en/)
15. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Prim Care.* 1994;21(1):55–67.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde : Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. [Internet]. Ministério da Saúde. Brasília; 2011 [citado 25 Jul 2020]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes\\_coleta\\_analise\\_dados\\_antropometricos.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf)
17. Szwarcwald CL, Damacena GN, Souza Júnior PRB de, Almeida W da S de, Lima LTM de, Malta



DC, et al. Determinantes da autoavaliação de saúde no Brasil e a influência dos comportamentos saudáveis: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Rev Bras Epidemiol. 2015;18 Supl 2:S33-44.

18. Santos JAF. Desigualdades e interações de classe social na saúde no Brasil. Dados. 2020;63(1)1-46.

19. Viacava F, Bellido JG. Health, access to services and sources of payment, according to household surveys. Ciência e Saúde Coletiva. 2016;21(2):351-70.

20. Sousa JL de, Alencar GP, Antunes JLF, Silva ZP da. Marcadores de desigualdade na autoavaliação da saúde de adultos no Brasil, segundo o sexo. Cad Saude Publica. 2020;36(5):e00230318.

21. Malta DC, Stopa SR, Iser BPM, Bernal RTI, Claro RM, Nardi ACF, et al. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico nas capitais Brasileiras, Vigitel 2014. Rev Bras Epidemiol. 2015;18 Supl 2:238-55.

22. Riquinho DL, Gerhardt TE. Doença e incapacidade: dimensões subjetivas e identidade social do trabalhador rural. Saúde e Soc. 2010;19(2):320-32.

23. Castro IRR de. Desafios e perspectivas para a promoção da alimentação adequada e saudável no Brasil. Cad Saude Publica. 2015;31(1):7-9.

24. Meireles AL, Xavier CC, Andrade AC de S, Friche AA de L, Proietti FA, Caiaffa WT. Autoavaliação da saúde em adultos urbanos, percepção do ambiente físico e social e relato de comorbidades: Estudo Saúde em Beagá. Cad Saude Publica. 2015;31Supl 1:S120-35.

25. Lo C, Ilic D, Teede H, Cass A, Fulcher G, Gallagher M, et al. The perspectives of patients on health-care for co-morbid diabetes and chronic kidney disease: a qualitative study. PLoS One. 2016;11(1):e0146615.

**Como citar este artigo:** Carneiro GAD, Parajára MC, Teodoro CR, Meireles AL. Self-rated health in family farmers living in a municipality of Minas Gerais. Rev Parana Enferm. 2020; 3(1):64-72. [Acesso: mês/dia/ano]; Disponível em: \_\_\_\_\_ URL \_\_\_\_\_.



Esta obra está licenciada sob uma licença Creative Commons Atribuição - Não comercial - Compartilhar igual 4.0 Internacional.