

Características, conhecimentos e manuseio de agrotóxicos por trabalhadores de hortas urbanas do interior do Maranhão

Characteristics, knowledge and handling of pesticides by urban garden workers in the interior of Maranhão state

Características, conocimiento y manejo de plaguicidas por parte de trabajadores de huertos urbanos en el interior de Maranhão

Clelson Gomes da Silva Pessoa¹, Pablo Germano de Oliveira¹, Fernanda Moura Borges¹, Celielson Germano de Oliveira¹, Rayanne Alves de Oliveira², Lucielma Cavalcante de Jesus França², William Vinicius da Silva², Fernando da Silva Costa², Rafael Correia Matos³, Orcélia Pereira Sales³.

QUESTIONÁRIO

IDENTIFICAÇÃO					
1. Sexo					
<input type="checkbox"/> Feminino			<input type="checkbox"/> Masculino		
2. Idade:					
3. Estado civil:					
<input type="checkbox"/> Solteiro (a)		<input type="checkbox"/> Casado (a)		<input type="checkbox"/> Amasiado (a)	<input type="checkbox"/> Viúvo (a)
4. Escolaridade:					
<input type="checkbox"/> Ensino fundamental incompleto		<input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo	<input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto	<input type="checkbox"/> Ensino médio completo	<input type="checkbox"/> Nível superior
5. Número de pessoas que residem com você (incluindo filhos, irmãos, parentes e amigos):					
6. Renda Familiar (considerando todos que contribuem em casa) em salários mínimos:					
7. A casa onde você mora é:					
<input type="checkbox"/> Própria		<input type="checkbox"/> Alugada		<input type="checkbox"/> Cedida	
8. Tempo de atividade na Horta (e meses):					
9. Quantas horas semanais você trabalha ____: ____ hrs. Apenas na horta ou considerando todos os serviços? Deixe isso mais claro:					
10. Você tem filhos?					
<input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Sim Quantos?		
11. O que o levou a trabalhar nas Hortas Urbanas?					
<input type="checkbox"/> Sou recém-chegado à cidade	<input type="checkbox"/> Estou desempregado	<input type="checkbox"/> Trabalho na coleta seletiva para melhorar minha renda	<input type="checkbox"/> Não consigo outro trabalho	<input type="checkbox"/> Tenho problema de saúde	<input type="checkbox"/> Para complementar a minha renda
12. Você faz outro trabalho, além da produção na Horta?					
<input type="checkbox"/> Às vezes		<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não	
13. Quais são suas expectativas quanto ao futuro profissional:					
<input type="checkbox"/> Nunca abandonar a Horta.		<input type="checkbox"/> Ficar na Horta até encontrar um emprego melhor.	<input type="checkbox"/> Retomar os estudos e conciliar os trabalhos com a produção na Horta.		<input type="checkbox"/> Outros

¹Faculdade de Medicina de Açailândia (FAMEAC-IDOMED), Açailândia – MA.

²Prefeitura Municipal de Açailândia, Açailândia – MA.

³Centro Universitário Planalto do Distrito Federal (UNIPLAN), Brasília – DF.

⁴Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Universidade de Brasília (UnB). Brasília – DF.

RISCOS OCUPACIONAIS	
1. Recebe ou já recebeu orientações sobre como usar corretamente os agrotóxicos?	() SIM () NÃO
2. No seu ver, os agrotóxicos podem trazer problemas para sua saúde?	() SIM () NÃO
3. O (a) senhor (a) conhece outro (s) métodos de controlar as pragas que não seja o uso de Agrotóxicos?	() SIM () NÃO
4. Na escolha do Agrotóxico, você verifica se o agrotóxico é recomendado para aquela praga, doença ou erva daninha?	() Sim () Não
5. Você costuma ler os rótulos das embalagens de Agrotóxicos?	() SIM () NÃO
6. Você conhece a classificação toxicológica dos agrotóxicos?	() SIM () NÃO
7. Você usa a tríplex lavagem das embalagens para o recolhimento?	() SIM () NÃO

CUIDADOS NO USO E MANUSEIO DE AGROTÓXICOS					
1. Qual o horário que você costuma aplicar o Agrotóxico?					
() De manhã, antes das 8:00 horas	() Entre as 8:00 e 12:00h	() A tarde entre 13:00 e 18:00	() Depois das 18:00 h		
2. Qual a frequência de aplicação?					
() Mais de uma vez por semana	() 1 vez por semana	() Mais de uma vez ao mês	() 1 vez ao mês	() Outros	
3. Enquanto a dose recomendada, você se baseia em quê?					
() No rótulo	() Os colegas dão a medida	() Apenas olhando tenho uma noção	() Outros		
4. Você usa o mesmo produto para todas as culturas?					
() Sim		() Não			
5. Existe intervalo tempo entre a última aplicação e a colheita?					
() Sim, qual?		() Não			
6. Você aplica mais de um produto na mesma cultura ao mesmo tempo?					
() Sim		() Não			
7. Como adquire os Agrotóxicos?					
8. Onde são armazenados os Agrotóxicos?					
() Na casa		() Na horta			
9. O que você faz com as embalagens vazias?					
() Devolve ao ponto de compra.	() Armazena na casa	() Armazena na horta	() Enterra	() Queima	() Joga no lixo comum
10. Você utiliza ou já reutilizou embalagem vazia?					
() Sim		() Não			
11. Quanto aos pulverizadores, são lavados após o uso?					
() Sim	() Não	() Às vezes	() Se sobrar produto não lavamos		
12. Você realiza a tríplex lavagem?					
() Sim		() Não			
13. Onde os pulverizadores são lavados?					
() Na Horta		() Na casa			
14. Você usa o mesmo pulverizador para produtos com alvos diferentes (ex: plantas daninhas e insetos)?					
() Sim		() Não			
15. Alguma vez já comeu, bebeu ou fumou durante o manuseio do agrotóxico?					
() Sim		() Não			

AUTOCUIDADO	
1. Você sabe da importância dos equipamentos de proteção individual (EPIs)?	() Sim () Não
2. Você troca ou lava as roupas após manipular agrotóxicos?	() Sim () Não

3. Usa de equipamento de proteção individual (EPI)?			
<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não	
CONDIÇÕES DE SAÚDE			
1. Você se alimenta antes de vir trabalhar?			
<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não	
2. Você toma banho após as pulverizações?			
<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não	
3. Você troca as roupas após as pulverizações?			
<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não	
4. Das queixas abaixo, você já sentiu alguma depois que começou trabalhar na Horta?			
<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não	
Se a resposta for afirmativa assinale a alternativa:			
<input type="checkbox"/> Embaçamento dos olhos	<input type="checkbox"/> Desconcentração	<input type="checkbox"/> Sensação de costas fervendo	<input type="checkbox"/> Tontura
<input type="checkbox"/> Coceira na pele	<input type="checkbox"/> Dor na barriga	<input type="checkbox"/> Coceira no nariz	<input type="checkbox"/> Dor de cabeça
<input type="checkbox"/> Boca seca			
5. O (A) Senhor (a) já sofreu alguma intoxicação durante a aplicação?			
<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não	