

## 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 Pessoa<sup>1</sup>, Pablo Germano de Oliveira<sup>1</sup>, Fernanda Moura Borges<sup>1</sup>, Celielson Germano de Oliveira<sup>1</sup>, Rayanne Alves de Oliveira<sup>2</sup>, Lucielma Cavalcante de Jesus França<sup>2</sup>, William Vinicius da Silva<sup>2</sup>, Fernando da Silva Costa<sup>2</sup>, Rafael Correia Matos<sup>3</sup>, Orcélia Pereira Sales<sup>3</sup>.

### 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

<sup>1</sup>Faculdade de Medicina de Açailândia (FAMEAC-IDOMED), Açailândia – MA.

<sup>2</sup>Prefeitura Municipal de Açailândia, Açailândia – MA.

<sup>3</sup>Centro Universitário Planalto do Distrito Federal (UNIPLAN), Brasília – DF.

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

<b>RISCOS OCUPACIONAIS</b>	
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

<b>CUIDADOS NO USO E MANUSEIO DE AGROTÓXICOS</b>				
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		

<b>AUTOCUIDADO</b>	
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

<b>3. Usa de equipamento de proteção individual (EPI)?</b>			
<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não	
<b>CONDIÇÕES DE SAÚDE</b>			
<b>1. Você se alimenta antes de vir trabalhar?</b>			
<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não	
<b>2. Você toma banho após as pulverizações?</b>			
<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não	
<b>3. Você troca as roupas após as pulverizações?</b>			
<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não	
<b>4. Das queixas abaixo, você já sentiu alguma depois que começou trabalhar na Horta?</b>			
<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			
<b>5. O (A) Senhor (a) já sofreu alguma intoxicação durante a aplicação?</b>			
<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não	