



**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AGROECOLOGIA E  
DESENVOLVIMENTO TERRITORIAL**

**DIANA MARIA ALEXANDRINO PINHEIRO**

**LETRAMENTO EM SAÚDE DE MULHERES EM COMUNIDADE  
RURAL DO INTERIOR DA BAHIA**

**RECIFE-PE**

**2023**

**DIANA MARIA ALEXANDRINO PINHEIRO**

**LETRAMENTO EM SAÚDE DE MULHERES EM COMUNIDADE  
RURAL DO INTERIOR DA BAHIA**

Tese e Produtos Finais apresentados ao Programa de Pós-Graduação em Agroecologia e Desenvolvimento Territorial, como requisito para obtenção do título de Doutora em Agroecologia e Desenvolvimento Territorial pela Universidade Federal Rural de Pernambuco, em associação ampla de Instituições de Ensino Superior (UNIVASF, UFRPE e UNEB).

Linha de Pesquisa: Ambiente, Saúde e Sistemas Agroalimentares.

Prof.<sup>a</sup> Dra. Monica Lopes Folena Araújo.

Coorientador: Prof. Dr. David Fernandes Lima

**RECIFE  
2023**

# FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal Rural de Pernambuco  
Sistema Integrado de Bibliotecas  
Gerada automaticamente, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

- P654I Pinheiro, Diana Maria Alexandrino  
LETRAMENTO EM SAÚDE DE MULHERES EM COMUNIDADE RURAL DO INTERIOR DA BAHIA /  
Diana Maria Alexandrino Pinheiro. - 2023.  
95 f. : il.
- Orientadora: Monica Lopes Folena Araujo.  
Coorientador: David Fernandes Lima.  
Inclui referências, apêndice(s) e anexo(s).
- Tese (Doutorado) - Universidade Federal Rural de Pernambuco, Programa de Pós-Graduação em  
Agroecologia e Desenvolvimento Territorial, Recife, 2023.
1. Letramento em saúde. 2. Determinantes sociais. 3. Saúde Da Mulher Rural. 4. Políticas Públicas de  
Saúde. I. Araujo, Monica Lopes Folena, orient. II. Lima, David Fernandes , coorient. III. Título

CDD 630.2745

---

**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AGROECOLOGIA E  
DESENVOLVIMENTO TERRITORIAL**

**DIANA MARIA ALEXANDRINO PINHEIRO**

**LETRAMENTO EM SAÚDE DE MULHERES EM COMUNIDADE  
RURAL DO INTERIOR DA BAHIA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Agroecologia e Desenvolvimento Territorial, nível Doutorado Profissional, na Linha de Pesquisa V – Ambiente, Saúde e Sistemas Agroalimentares, como requisito para obtenção do título de Doutora em Agroecologia e Desenvolvimento Territorial, pela Universidade Federal Rural de Pernambuco.

**Aprovada em 14 de novembro de 2023.**

**Banca Examinadora**

---

Profa. Dra. Monica Lopes Folea Araújo (Orientadora)

---

Profa. Dra. Lucia Marisy Souza Ribeiro de Oliveira

---

Profa. Dra. Márcia Bento Moreira

---

Profa. Dra. Gilvaneide Ferreira de Oliveira

---

Prof. Dr. Cirdes Nunes Moreira

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a meus amados esposo e filhos, motivos do desejo que tenho de ser uma pessoa melhor a cada dia.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente, a Deus, pelo dom da resiliência e perseverança, por não deixar que eu desista diante dos percalços e dificuldades.

A meus três amores, esposo e filhos, por entenderem minha ausência nos dias e noites dedicados a esse projeto. E a toda minha família, pelo apoio e estímulo durante o percurso de aulas, pesquisa e escrita da tese.

À Gel, pela sua presença constante nas minhas atividades de vida, pelo cuidado e zelo comigo e com meus compromissos para além do doutorado, pelo seu trabalho e sua competência.

À Profa. Dra. Monica Lopes Folena Araújo, orientadora de pesquisa e de vida, pela competência no exercício da docência e nos ensinamentos desta pesquisa e paciência e compreensão diante das minhas falhas.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Agroecologia e Desenvolvimento Territorial da Universidade Federal Rural de Pernambuco. Em especial ao Prof. Dr. Jorge Luiz Schirmer De Mattos, pelo incentivo e estímulo constantes.

Aos meus eternos mestres e orientadores, com quem aprendo e me inspiro diariamente, sendo exemplos de dedicação ao trabalho, de amor à docência e de competência no que exercem. Em especial, Prof. Dr. Matheus Rodrigues Lopes, Prof. Dr. David Fernandes Lima, Prof. Dr. Ticiano Rodrigo Almeida Oliveira, Profa. Dra. Maria Augusta Vasconcelos Palácio e Profa. Dra. Roberta Stofeles Cecon.

Aos colegas de turma, pelo companheirismo e parceria durante esta caminhada. Em especial, à Gáudia Costa, pelo estímulo permanente em momentos de fragilidade e pelo aprendizado constante.

À docência e aos discentes, pelo estímulo de seguir na incansável busca pelo saber. Esse é o verdadeiro motivo da subida desse degrau.

Por fim, à Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), por oferecer a possibilidade de transformar um sonho em realidade.

## RESUMO

O letramento representa a capacidade de um indivíduo de identificar, compreender, interpretar, criar, comunicar e computar, a partir de materiais impressos e escritos. O Letramento em Saúde (LS) abrange a habilidade de codificar e decodificar qualquer informação em saúde, representando direitos que devem ser garantidos pelo Estado: educação e saúde. Em se tratando de saúde no campo, há ação de condicionantes resultantes do meio que interferem negativamente na saúde, em especial na população rural feminina. Este trabalho objetiva, portanto, conhecer o nível de LS das mulheres residentes em comunidade rural do interior baiano, além do perfil sociodemográfico, da prevalência das doenças predominantes. Tratou-se de um estudo quali-quantitativo, do tipo coorte transversal, através entrevista para aplicação de instrumentos de coleta. Encontrou-se um LS inadequado em 63,5% da amostra, tendo influência do grau de instrução e classificação socioeconômica. Os resultados representam uma sociedade excludente e o LS desponta como alternativa para melhorar o protagonismo feminino na própria vida, na saúde e na sociedade. Dessa forma, uma atenção maior deveria ser dada pelo Estado à população residente na zona rural, em especial às mulheres, para além daquela que prevê a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, a fim de garantir que tenham as competências necessárias para acessar, compreender, avaliar e aplicar as informações em saúde diante das dificuldades peculiares impostas pela condição de vida na qual estão inseridas.

**Palavras-chave:** Letramento em saúde; Determinantes sociais; Saúde Da Mulher Rural; Políticas Públicas de Saúde.

## ABSTRACT

Literacy represents an individual's ability to identify, understand, interpret, create, communicate and compute from printed and written materials. Health Literacy (HL) encompasses the ability to encode and decode any health information, representing rights that must be guaranteed by the state: education and health. When it comes to health in rural areas, there are conditioning factors resulting from the environment that negatively affect health, especially in the rural female population. The aim of this study is therefore to find out about the level of LS of women living in a rural community in the interior of Bahia, as well as their sociodemographic profile and the prevalence of predominant diseases. This was a qualitative-quantitative cross-sectional cohort study, using interviews to apply the collection instruments. Inadequate SL was found in 63.5 per cent of the sample, influenced by level of education and socioeconomic status. The results represent an exclusionary society and SL is emerging as an alternative to improve women's role in their own lives, health and society. Thus, the state should pay greater attention to the population living in rural areas, especially women, beyond the provisions of the National Policy for Comprehensive Women's Health Care, in order to ensure that they have the necessary skills to access, understand, evaluate and apply health information in the face of the particular difficulties imposed by their living conditions.

**Keywords:** Health literacy; Social determinants; Rural women's health; Public health policies.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> – Aspectos componentes do território camponês feminino. ....	19
<b>Figura 2</b> – Mapa ampliado do município de Paulo Afonso – BA, com destaque para a ilha de Paulo Afonso, onde está localizado o centro da cidade.....	30
<b>Figura 3</b> – Correlação entre o número de doenças relatadas e variáveis sociodemográficas (n=85). O eixo “y” representa a idade (A), o número de doenças relatadas (B e C) e tempo médio de trabalho (D, E e F). O eixo “x” representa o número de doenças relatadas (A, D, E e F), a classificação econômica (B) e o número de agricultoras (C). Para análise estatística entre variáveis numéricas foi utilizado o teste de correlação de <i>Spearman</i> . Para comparação entre grupos foi utilizado o teste Mann Whitney (C). ....	46
<b>Figura 4</b> – Correlação entre a pontuação no SAHLPA-18 e a idade dos pacientes. O eixo “y” representa a idade dos pacientes em anos e o eixo “x” representa a pontuação obtida no SAHLPA-18. Para análise estatística foi utilizado o teste de correlação de <i>Spearman</i> . O valor de p e o número de pacientes em cada grupo estão indicados na figura. ....	49
<b>Figura 5</b> – Correlação entre a pontuação no SAHLPA-18 e a classificação econômica dos pacientes. O eixo “y” representa a pontuação obtida no SAHLPA-18 e o eixo “x” representa a classificação econômica. Para análise estatística foi utilizado o teste de correlação de <i>Spearman</i> . ....	50
<b>Figura 6</b> – Correlação entre a pontuação no SAHLPA-18 e o nível de escolaridade de mulheres residentes na área rural do município do interior da Bahia, em sala de espera da USF. ....	51

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Modelo de cartão-teste para análise. ....	38
<b>Tabela 2</b> – Características sociodemográficas de mulheres residentes na área rural do município do interior da Bahia, em sala de espera da USF.....	41
<b>Tabela 3</b> – Características relacionadas a ocupação das mulheres residentes na área rural do município do interior da Bahia.....	42
<b>Tabela 4</b> – Tempo dedicado à execução de trabalho doméstico e no campo, realizado por mulheres residentes na área rural do município do interior da Bahia, em sala de espera da USF. ....	44
<b>Tabela 5</b> – Doenças e/ou sinais e sintomas referidos por mulheres residentes na área rural do município do interior da Bahia, em sala de espera da USF. ....	45
<b>Tabela 6</b> – Histórico obstétrico e de vida reprodutiva de mulheres residentes na área rural do município do interior da Bahia, em sala de espera da USF. ....	47
<b>Tabela 7</b> – Tempo de intervalo entre os partos de mulheres residentes na área rural do município do interior da Bahia, em sala de espera da USF.....	48

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Distribuição populacional por sexo em relação à área rural e urbana no município de Paulo Afonso, interior da Bahia.....	31
<b>Quadro 2</b> – Distribuição de Unidades de Saúde da Família por povoado do município de Paulo Afonso, interior da Bahia. ....	33

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....	15
2.1	Mulher, autonomia, empoderamento e saúde .....	15
2.2	Letramento em saúde.....	24
3	METODOLOGIA.....	29
3.1	Desenho do estudo.....	29
3.2	Contexto .....	30
3.3	População e amostra.....	34
3.4	Procedimento para coleta de dados .....	35
3.5	Critérios de inclusão e exclusão .....	36
3.6	Instrumento de coleta .....	36
3.6.1	Análise sociodemográfica.....	37
3.6.2	Critério de classificação econômica.....	37
3.6.3	Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-speaking Adults (SAHLPA-18).....	37
3.7	Análise e interpretação dos dados.....	38
3.8	Preceitos éticos da pesquisa .....	39
4	RESULTADOS .....	41
5	DISCUSSÃO .....	52
5.1	Mulher, autonomia, empoderamento e saúde .....	52
5.2	A saúde da mulher rural .....	57
5.3	Letramento em saúde.....	60
5.4	Produtos da pesquisa .....	64
	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	67
	REFERÊNCIAS.....	69
	APÊNDICES.....	81
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	82
	APÊNDICE 2 – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE IMAGEM E VOZ.....	84

## 1 INTRODUÇÃO

O termo letramento está presente no Brasil desde a década de 80. Segundo a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO, 1957), representa a habilidade de identificar, compreender, interpretar, criar, comunicar e computar informações. Já o LS, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (Who, 1998), representa a capacidade cognitiva e social que determina a motivação e a competência dos indivíduos em buscar, compreender e utilizar a informação como forma de promover e manter a saúde.

Apresenta, assim, íntima relação com a gestão do cuidado, individual ou coletivo, relacionado à segurança, autonomia, bem-estar, relação com o ambiente e qualidade de vida (Cecílio, 2011). Pode-se dizer que um LS inadequado gera escolhas pouco saudáveis, e comportamentos que colocam em risco o bem-estar do indivíduo (Whca, 2011).

Considerando que a Organização Mundial da Saúde, em 1948, já afirmava que saúde é um conceito amplo que envolve o bem-estar físico, mental e social (OPAS/OMS, 2016), populações específicas possuem condicionantes diretos que afetam a saúde do indivíduo. A mulher do campo, por exemplo, apresenta interferência de fatores ambientais, sociais, raciais e de gênero, além daqueles ligados ao perfil de trabalho e produção, sejam econômicos, tecnológicos e organizacionais, bem como os riscos físicos, químicos, biológicos, mecânicos e ergonômicos inerentes aos processos de trabalho (Brasil, 2013).

Para que ela seja capaz de autogerir sua saúde, faz-se necessário que tenha conhecimento e atitude sobre a própria condição de vida e sobre os diversos condicionantes nela envolvidos. Deve-se estabelecer, inclusive, a relação entre natureza e meio ambiente, a partir de elementos chave para o debate acerca da justiça social, de uma economia equitativa e da responsabilidade ambiental, levantando temas como relação entre homem e natureza, soberania alimentar, saúde da população do campo, a exploração do trabalho, exclusão social e a visibilidade da mulher no campo.

No contexto da Agroecologia, por exemplo, as mulheres aparecem como verdadeiras guardiãs de conhecimentos sobre a natureza. Suas ações repercutem

diretamente na dieta da família e na qualidade de vida de quem consome seus alimentos (Siliprandi, 2009). Para Ferreira (2016), é possível que a mulher encare sua condição de vulnerabilidade e lute para conquistar seu merecido espaço, seja na esfera pessoal, familiar, produtiva, ou política, desde que estas tenham suas demandas respeitadas.

O interesse pelo tema partiu do exercício da Medicina e da docência em atendimento às mulheres da zona rural do município de Paulo Afonso – BA. Infelizmente, a cidade ainda vive moldes de patriarcalismo, contribuindo para a falha na aplicação de políticas públicas, a falta de investimento voltado ao empreendedorismo feminino, a invisibilidade política e outras iniciativas que visem a mulher.

Adiante ao leitor que, nessa tese, talvez se revele um pouco da identidade da pesquisadora, além do objeto da pesquisa. Transformações pessoais e amadurecimento estiveram presentes ao longo do desenvolvimento da pesquisa, mas permanece a mesma inquietude diante da realidade de vida de exclusão da mulher e mais ainda daquelas que residem no rural brasileiro.

O impulso para realizar este trabalho vem de duas vertentes principais: a vivência frente à assistência à saúde da mulher há cerca de dezessete anos de profissão e do embasamento teórico-prático adquirido pela Extensão Rural desde o programa de mestrado. Produto disso se traduz na reflexão da realidade frente às possibilidades de construir conjuntura de vida melhor aos atores sociais envolvidos na pesquisa: a mulher do campo.

Este trabalho teve como objetivo conhecer o nível de LS de mulheres residentes em comunidade rural do município de Paulo Afonso, no interior da Bahia. Através da construção de material informativo, para além da pesquisa, há o objetivo/compromisso de promover a divulgação do tema LS entre dois públicos-alvo principais.

O primeiro são as mulheres do campo, usuárias do sistema público de saúde, a fim de serem conscientizadas de que o LS é um direito e, a partir dele, podem mudar a condição de vida e saúde na qual estão inseridas. O segundo foco são os profissionais de saúde, para que melhorem as práticas de atendimento, respeitando as peculiaridades daqueles(as) que dependem de uma atenção especializada para terem a tão sonhada saúde de qualidade.

A estrutura do texto está organizada em seis capítulos. O capítulo 1 deles é a introdução, que apresenta o tema a ser discorrido, além do contexto que gerou a pesquisa, o objetivo geral e específicos, além da estruturação da tese. O capítulo 2 subdivide-se em dois e apresentam o referencial teórico sobre os temas centrais da pesquisa: a mulher e as relações com o ambiente, as formas de produção e a interferência destes fatores em sua condição de saúde, e as reflexões sobre o letramento em saúde.

No capítulo 3 foram apresentados os materiais, métodos, procedimentos e técnicas de geração e análise de dados. Segue-se, então, o capítulo que apresenta os resultados, seguido da discussão, subdividida em três partes: “Mulher, autonomia, empoderamento e saúde”; Saúde da mulher rural” e “Letramento em saúde”. Por fim, tem-se um capítulo de considerações gerais sobre o trabalho, seguido de referências, apêndices e anexos.

## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **2.1 Mulher, autonomia, empoderamento e saúde**

A compreensão espacial da questão estrutural no contexto do capitalismo impulsiona o movimento de transformação territorial do capital e do campesinato. Em outras palavras, à medida que o capital adquire terras, ocorre uma territorialização, que desloca o campesinato por meio de expulsão e expropriação dos agricultores. Por outro lado, o campesinato pode ser territorializado ou reterritorializado pelo capital, como, por exemplo, através do arrendamento de terras ou do estabelecimento de acordos de partilha, entre outras formas, ou ainda por meio da luta pela terra e da busca por reforma agrária. Ao fazê-lo, desloca o capital de suas posições dominantes (Fernandes, 2012).

O conceito de território aqui é entendido como uma produção social. São as relações sociais produzidas e apoiadas num dado espaço. É uma construção, um processo que se dá de forma permanente ao longo da história. É a apropriação do espaço pelas relações sociais que o estabelecem e o mantêm a partir de uma forma de poder (Haesbaert, 2007; Fernandes, 2012), retratando intencionalidades antagônicas das classes.

Os proprietários têm como objetivo obter renda da terra e acumulação capitalista, enquanto a classe camponesa busca a renda como forma de garantir sua reprodução social e satisfazer suas necessidades. É possível exercer controle sobre: territórios ou relações de produção, políticas, econômicas, dentre outras, mesmo sem possuir propriedade privada do espaço onde essas relações ocorrem. Dessa forma, mesmo em áreas de Agricultura Familiar, o capital pode se manifestar, seja controlando a produção, o trabalho ou os resultados do trabalho camponês, seja dominando as relações de comércio, crédito, produção de conhecimento ou qualquer outra esfera da vida. Portanto, o capital também se expande ao subordinar o campesinato (Martins, 1981; Oliveira, 2004; Bartra Vergés, 2011).

Essa disputa e relações de poder no campo são materializadas no antagonismo entre o agronegócio e a agricultura camponesa. O agronegócio, termo utilizado para caracterizar a fase mais recente do desenvolvimento do capital no campo, tem como característica a integração do capital financeiro e agroindustrial com a grande

propriedade fundiária modernizada tecnicamente (Delgado, 2005). No caminho oposto, tem-se o conceito de Agroecologia.

A discussão sobre o tema iniciou na década de 1970 nos Estados Unidos, embalada pelos impactos do desenvolvimento da agricultura moderna. A partir de então, o termo Agroecologia ganha espaço e amplia a necessidade de contextualização dos malefícios do modelo exploratório industrial de agricultura, utilizado na modernidade, em consonância com o resgate de uma herança agrícola que embasa as atividades produtivas na sustentabilidade, na conservação da biodiversidade e da natureza (Siliprandi, 2015).

Nesse contexto, se encaixa o processo de construção da autonomia camponesa que aqui se faz necessário para que se possa conhecer o contexto no qual está inserida a população rural e sua relação com o ambiente. Entende-se como autonomia a contraposição à heteronomia: enquanto o sujeito autônomo dá a si as leis que regem seu comportamento, o sujeito heterônomo recebe as leis de outras instâncias. Isso se complexifica pelo fato de que nossos desejos, vontades e reflexões são frutos da sociedade na qual estamos inseridos e, portanto, ainda quando acreditamos que estamos agindo de acordo com nossas próprias leis, estas, em última análise, são produtos do meio (Christman, 2015).

Os arcabouços filosóficos poderiam levar-nos longe, mas pretende-se aqui trazer o destaque que a autonomia envolve, ao mesmo tempo, um processo de tomada de consciência e de superação da dominação – explícita ou implícita – seja de um indivíduo ou de uma coletividade, independente de gênero. Finalmente, esse processo de tomada de consciência se forjou, em grande medida, na luta, no fazer-se classe (Iasi, 2009; Christman, 2015).

Trazemos ao palco de discussões o autor Paulo Freire (1987), destacando que a autonomia é, “[...] a liberdade de escolhas e a tomada de decisões para a formação crítica dos sujeitos, propondo tanto o respeito ao sujeito (e suas vontades próprias) quanto a convivência em grupo”. Dessa forma, o processo de construção autônoma refere-se ao amadurecimento, como entende o autor, das possibilidades de escolhas e tomadas de decisões mediante a consciência das consequências advindas das decisões (Soejima, 2008, p. 126-127).

Defende-se, portanto, a ideia de que a autonomia camponesa é uma forma de resistência na luta pela terra, sendo estratégia adotada pelo campesinato. No entanto,

vai, além disso, representando um meio de aumentar o controle sobre o território e reduzir o processo de subordinação. A autonomia refere-se à luta contra a sujeição, submissão ou integração ao domínio do capital.

Em outras palavras, trata-se do direito de viver de acordo com suas próprias normas, formas de organização social e tomar decisões que afetam a comunidade. É a luta pelo direito de preservar a própria lógica e cultura, que foram construídas ao longo de milênios. Os camponeses possuem um modo de vida e uma organização social diferentes daquela imposta pelo capital, e a busca pela autonomia representa o esforço para manter essas formas de existência.

A autonomia camponesa, de acordo com Freire (1987), é um conceito que se fundamenta na luta pela liberdade e emancipação. Para este autor, a autonomia não se limita apenas à capacidade de autogestão e autodeterminação dos camponeses, mas vai além, sendo um processo de conscientização e empoderamento. É um movimento de resistência e busca por um modo de vida que seja congruente com as próprias tradições, cultura e formas de organização social.

Neste sentido, representa a luta pelo direito de tomar decisões de acordo com as próprias normas e valores. Isso implica em um processo de conscientização, no qual os indivíduos adquirem conhecimento crítico sobre as estruturas e as relações de poder que os afetam. Essa conscientização os capacita a desafiar e transformar as condições que os oprimem, permitindo-lhes construir novas formas de organização social baseadas na solidariedade, na justiça e no respeito mútuo.

Porém, entende-se então que a autonomia não é um estado estático ou absoluto, mas um processo contínuo de busca e conquista. É um movimento dinâmico pelo qual há o empoderamento através da participação ativa na tomada de decisões que afetam a vida e o ambiente nos quais estão inseridos os indivíduos. A autonomia camponesa é, portanto, um caminho de libertação, que desafia as estruturas de poder e promove a construção de sociedades mais justas e equitativas, baseadas na dignidade e nos direitos dos povos do campo.

Não se tem nesse capítulo a pretensão de avançar no entendimento da autonomia camponesa e de suas dimensões. Apenas recuperam-se as formas de subordinação camponesa no exercício teórico de compreender a construção/ampliação da autonomia. Martins (1981), BartraVergés (2011) e Oliveira;

Marques (2004) relatam que os processos de subordinação do campesinato ao capital se dão a partir de:

- a) a subordinação do trabalho camponês pelo capital seja ao vender, ainda que temporariamente, a força de trabalho, pela;
- b) subordinação no mercado de produtos, quando o camponês vende parte da sua produção para comprar outras mercadorias de que necessita; e, por fim, o campesinato se subordina;
- c) quando acessa o mercado de dinheiro por meio dos créditos.

Logo, a luta por autonomia se dá também em três dimensões:

- a) autonomia sobre o trabalho camponês;
- b) autonomia em relação ao mercado de produtos;
- c) autonomia em relação ao mercado financeiro.

Sugere-se que uma quarta dimensão da autonomia camponesa pode ser pensada a partir de Ploeg (2008), que compreende que a luta contínua por autonomia é uma condição camponesa. Contudo, o diferencial é que a autonomia é criada por meio da coprodução entre o ser humano e a natureza.

Assim, é inferida outra dimensão à autonomia camponesa, a dimensão produtiva ou a forma como a agricultura camponesa é realizada. Parte do princípio de produzir o que gosta e deseja com a família, tirar o sustento em parceria com a natureza e ter o controle de seu próprio tempo, do próprio trabalho e da produção. Para isso é necessário ter acesso à terra e aos bens naturais e, em especial, ter o conhecimento para produzir na terra com diversidade.

Mais uma vez, enquadra-se nesse contexto, o conceito de Agroecologia. Para além das formas de produção, Caporal *et al.*, em 2009, traz a reflexão de que, para se pensar o campo teórico-metodológico dentro da perspectiva agroecológica, é preciso valorizar o conhecimento popular, as experiências e vivências dos povos e comunidades tradicionais e entendê-las como movimento e práxis social.

A Associação Brasileira de Agroecologia (ABA, 2015) destaca, ainda, a perspectiva do movimento social e político representado pela Agroecologia, a partir

de um compromisso formativo no desenvolvimento dos sujeitos. Avançando nessa perspectiva, surge a figura da mulher do campo, imersa no contexto da autonomia demonstrado a partir da construção coletiva, respeitando o território, as tradições, a cultura, dentro do processo de autoconhecimento e interação com o meio (Figura 1).

Segundo Neira e Montie (2014), as mulheres são responsáveis pela maior parte do processo de transição agroecológica, uma vez que aderem mais facilmente à conversão dos meios de produção, abandonando práticas que degradam os bens naturais, em especial o solo e a água. Para Ferreira (2016), a Agroecologia se apresenta para a mulher como uma forma de enfrentamento à invisibilidade, à exclusão social, à conquista da autonomia e empoderamento. Estes pilares devem servir de sustentação ao trabalho e à luta da mulher do campo concomitantemente, nas roças, florestas, comunidades, águas, plantios e criatórios, entre outros espaços individuais e coletivos que permeiam o mundo do campesinato.

**Figura 1** – Aspectos componentes do território camponês feminino.



Fonte: Autoria própria, 2023.

E nesse contexto, como alternativa para se alcançar essa autonomia galgada nos preceitos da Agroecologia, tem-se o contexto de empoderamento.

Empoderamento econômico é a capacidade de mulheres e homens de participar, contribuir e se beneficiar dos processos de crescimento de forma a reconhecer o valor de suas contribuições, respeitar sua dignidade e possibilitar a negociação de uma distribuição mais justa dos benefícios do crescimento econômico. O empoderamento aumenta o acesso das mulheres a recursos e oportunidades financeiras, incluindo empregos, serviços financeiros, propriedades e outros ativos produtivos, desenvolvimento de habilidades e informações de mercado.

É reconhecido que a igualdade de gênero, o empoderamento feminino, o pleno gozo de todos os direitos humanos pelas mulheres e a erradicação da pobreza são essenciais para o desenvolvimento econômico e social de um país. A participação econômica e o empoderamento das mulheres são fundamentais para fortalecer seus direitos e permitir que tenham controle sobre suas vidas, exercendo influência na comunidade. Trata-se de criar sociedades justas e igualitárias. As mulheres muitas vezes enfrentam discriminação e desigualdades de gênero persistentes, algumas sofrendo discriminação múltipla e exclusão devido a fatores como etnia ou casta.

Para Grossi (2017), as múltiplas opressões vivenciadas pelas mulheres se diferenciam quanto à classe social, raça/etnia e territorialidade. Diante disso, alguns determinantes sociais podem caracterizar formas distintas de opressão, além de facilitar ou dificultar o acesso ao que lhe é de direito e à justiça. Nesse contexto, as mulheres rurais têm o agravamento da situação de naturalização da violência, da dificuldade de conseguir sair da situação opressora, além de maior dificuldade de acesso aos aparelhos que representam as políticas de prevenção e combate à violência contra a mulher (Bueno; Lopes, 2018).

O modelo de sociedade patriarcal que ainda predomina na maioria das comunidades rurais, por exemplo, reflete diretamente no aparecimento de condições que deixam a mulher em um estado maior de vulnerabilidade, como em situação de violência doméstica (Costa *et al.*, 2017), seja ela física, psicológica ou financeira, devido ao caráter complementar que a atividade feminina na lavoura exerce, conferindo ao homem um papel provedor-opressor (Ebling *et al.*, 2015; Parreira *et al.*, 2017).

O empoderamento econômico das mulheres é um pré-requisito para o desenvolvimento sustentável, o crescimento sustentável e o direito a sociedades equitativas. Alcançar o empoderamento econômico das mulheres não é uma “solução

rápida”. Serão necessárias políticas públicas sólidas, uma abordagem holística e um compromisso de longo prazo de todos os atores do desenvolvimento. Para a FAO (2022), o primeiro passo é integrar perspectivas específicas de gênero no estágio de formulação de políticas e programação.

O acesso mais equitativo a bens e serviços – terra, água, tecnologia, inovação e crédito, serviços bancários e financeiros – fortalecerá os direitos das mulheres, aumentará a produtividade rural, reduzirá a fome e promoverá o crescimento econômico. Para tanto, programas de infraestrutura devem ser elaborados para maximizar o acesso de mulheres rurais aos benefícios resultantes.

As mulheres enfrentam barreiras em quase todos os aspectos do trabalho. Ao mesmo tempo, realizam a maior parte do trabalho de cuidado não remunerado. Dados mundiais comprovam que a mulher é responsável por cerca de 66% do trabalho mundial e produz uma média de 50% dos alimentos. Porém, ganham apenas 10% da renda e possuem 1% da propriedade (ONU, 2021). Quer a questão seja melhorar a educação no mundo em desenvolvimento, ou lutar contra a mudança climática global, ou abordar quase qualquer outro desafio que o ser humano enfrenta, o empoderamento das mulheres é uma parte crítica da equação.

A igualdade de gênero e o empoderamento das mulheres surgem nessa discussão como catalisadores para multiplicar os esforços na busca pelo desenvolvimento. A destinação de recursos em ambos os temas gera os maiores retornos de todos os investimentos em desenvolvimento. Isso porque são as mulheres que geralmente investem uma proporção maior de seus recursos financeiros na família e na comunidade, em oposição ao investido pelos homens. Um estudo no Brasil mostrou que a probabilidade de sobrevivência de uma criança aumenta em 20% quando a mãe controlava a renda familiar.

A persistência das desigualdades de gênero, por sua vez, resulta diretamente nos piores resultados do desenvolvimento agrícola e humano. Um estudo realizado em quatro países africanos mostrou que ao se fornecer às mulheres agricultoras a mesma quantidade e qualidade de insumos que aos homens e melhorar seu acesso a produtos agrícolas e à educação, poder-se-ia aumentar a produção agrícola nacional e os rendimentos em cerca de 10% a 20%. Ou seja, em se tratando de insumos agrícolas, eliminar a disparidade entre homens e mulheres poderia tirar 100-150 milhões de pessoas da fome (Lea *et al.*, 2004).

Aumentar o papel das mulheres na sociedade faz parte, inclusive, da solução para a crise financeira e econômica, sendo fundamental para a resiliência e crescimento econômico. As feiras agroecológicas são exemplos de como a mulher consegue caminhar rumo à independência financeira através da comercialização de produtos a partir de técnicas sustentáveis alicerçadas na Agroecologia.

Porém, para Merlino e Mendonça (2011), essa conquista depende de fatores diversos, como o ambiente social no qual estejam inseridas, os estímulos advindos de seu próprio lar, bem como da comunidade e fatores de reconhecimento e respeito ao seu trabalho. Outro exemplo são os quintais produtivos, que Silva (2014), traz como uma extensão da própria cozinha da mulher do campo.

Dessa forma, as mulheres constroem territorialidades a partir da construção de uma relação direta entre as áreas de produção e sua casa, a relação com a família uma vez que é guardiã dos alimentos, a preocupação com a coletividade, uma vez que os quintais produtivos também são espaços de convívio com a comunidade.

Infelizmente, deve-se ter ciência de que, em alguns contextos, as mulheres estão arcando com os custos da recuperação da crise, com perda de empregos, más condições de trabalho e aumento da precariedade. O empoderamento econômico das mulheres é um direito e uma “economia inteligente”. Porém, algumas questões são particularmente desafiadoras ou delicadas.

Como exemplo, têm-se algumas situações: níveis mais baixos de alfabetização ou de acesso e controle sobre os recursos financeiros, menor alcance a redes e a pessoas que podem ajudar e apoiar, maior vulnerabilidade à exploração e abuso sexual no nível da comunidade, se não no nível familiar. Esses desafios precisam ser reconhecidos e discutidos. Serão necessárias políticas sólidas, uma abordagem holística sobre o tema e um compromisso em longo prazo de todos os atores do desenvolvimento para se avançar na luta em prol do empoderamento econômico das mulheres.

Entra aqui a educação como uma das ferramentas mais poderosas para o empoderamento feminino, como uma forma de fornecer-lhes o conhecimento, as habilidades e a autoconfiança de que precisam para buscar oportunidades. A eliminação da cobrança de taxas escolares e o fornecimento de incentivos financeiros para meninas frequentarem a escola provaram ser eficazes para aumentar a frequência de matrícula e conclusão de cursos, por exemplo. As principais medidas

incluem a construção de escolas perto de comunidades remotas, garantindo ambiente seguro para crianças e adolescentes do sexo feminino, professores de qualidade e instalações sanitárias adequadas.

Fatores sociais e políticos têm uma influência significativa na capacidade das mulheres de participar da economia. Estes incluem: acesso ao planejamento familiar e outros serviços de saúde; cobertura de proteção social; a conclusão de uma educação básica de qualidade; aumento da influência das mulheres nas estruturas de governança e na tomada de decisões políticas, dentre outras. Muitas dessas dimensões são mutuamente dependentes e se fortalecem. Barreiras culturais, incluindo práticas e atitudes discriminatórias, também precisam ser ativamente identificadas e combatidas.

Importante ressaltar os riscos à saúde da mulher agricultora, devido ao excesso de trabalho e de esforço físico exigido nas atividades do campo, a dificuldade de acesso aos serviços básicos de saúde, como a realização de pré-natal, além da exposição a riscos físicos, químicos, biológicos, mecânicos e ergonômicos.

O contato com agrotóxicos, por exemplo, é um importante agravamento ao período da gestação, havendo evidências de que recém-nascidos filhos de mulheres residentes na zona rural, que tiveram contato com agrotóxicos durante a gravidez, são mais propícios a nascerem com baixo peso, malformações, entre outras complicações, além dos riscos inerentes à contaminação pós-parto através do leite materno (Ferraz; Marchiori, 2016).

Segundo preconizado pelas Diretrizes do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2017), por meio de ações da Estratégia de Saúde da Família (ESF), as singularidades do processo de adoecimento de grupos populacionais devem ser respeitadas, para que haja um direcionamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de maneira adequada e eficaz às diversas populações que compõem o território brasileiro. Nesse contexto, deve-se considerar a ampla relação pela qual se organiza uma sociedade e como se desenvolve o processo saúde-doença-cuidado (Savassi *et al.*, 2018).

Deve-se, portanto, conhecer os fatores biológicos, psicológicos, sociais, históricos, culturais, econômicos e políticos. E no topo da escala de importância dessa conjuntura, encontra-se o indivíduo, os atores sociais dos territórios, seus hábitos e costumes, sua realidade dentro de uma relação de interação com o meio-ambiente.

Forma-se, então, uma rede emaranhada de fatores em constante transformação (Pessoa; Almeida; Carneiro, 2018; Souza *et al.*, 2018).

A rotina diária da mulher rural envolve uma série de atividades, frequentemente consideradas como simples afazeres do lar, mas que apresentam características de atividade do campo, tendo os mesmos impactos e riscos como tal, inferindo-lhe condições e carga de trabalho (Ebling *et al.*, 2015). De modo geral, dados trazem o aumento das doenças crônicas da mulher do rural brasileiro, em especial de transtornos mentais (Brasil, 2020). Essa realidade exige políticas públicas direcionadas e eficazes a essa população e que estimulem o autoconhecimento, o autocuidado e a promoção e prevenção de agravos à saúde dessa mulher.

## **2.2 Letramento em saúde**

Muito tem-se pesquisado atualmente sobre as habilidades para ter acesso, compreender, avaliar e aplicar orientações sobre o cuidar da saúde. Em tempos de pós-pandemia, a literatura nacional e internacional avançou no que representa um indicador de saúde pública (Couture *et al.*, 2017; Abdrahim *et al.*, 2021) e importante recurso para promoção em saúde, denominado letramento em saúde (Marques, 2018; Liu *et al.*, 2020).

No Brasil, o uso do termo letramento foi introduzido nos anos 80, na área da Educação e da Linguística, sendo muitas vezes confundido com o conceito de alfabetização (Visscher *et al.*, 2018). Esse último representa o processo de aprendizagem diretamente relacionado à leitura e escrita (Campos, 2020). Para Kobayashi *et al.* (2015), letramento deve ser considerado em um sentido mais abrangente de compreensão de materiais impressos, de práticas sociais e culturais de leitura e de escrita de um indivíduo ou grupo.

Indo muito além do significado do termo alfabetização, Freire (1989, p.11), já afirmava que: “a leitura de mundo precede a leitura da palavra”. Dessa forma, deve-se considerar que o letramento está intrinsecamente ligado ao conjunto de habilidades e conhecimentos de leitura, oralidade, escrita, cálculo básico, dentre outros fatores. Já o LS remete-se aos aspectos da saúde, seja individual ou coletivamente, incluindo indivíduos que não dominam a escrita. Representa, portanto, o entendimento,

interpretação e aplicação de informações escritas ou faladas acerca da saúde (Kobayashi *et al.*, 2015).

Envolvendo aspectos funcionais e práticos de interpretação de mensagens, meios de divulgação e ferramentas de educação em saúde, a Organização Mundial de Saúde, definiu o LS como sendo competências cognitivas e sociais que promovem a capacidade do indivíduo em acessar, compreender e utilizar a informação de forma a mantê-lo em bom estado de saúde (Who, 1998).

Várias outras definições surgiram ao longo dos anos. Em 2012, Sorensen e colaboradores realizaram um estudo de revisão sistemática para avaliar os conceitos e definições dados ao tema. Sugeriram um conceito abrangente: LS refere-se ao conhecimento, competências e motivação da pessoa para acessar, compreender, avaliar e aplicar as informações de saúde, a fim de julgar e tomar decisões relativas aos cuidados e promoção de saúde e prevenção de doenças, para manter ou melhorar a qualidade de vida durante sua existência.

Esse conceito evidencia que o importante não é apenas saber se o indivíduo domina a leitura e a escrita, mas o que ele é capaz de fazer com essas habilidades, especificamente no âmbito da saúde. Ou seja, pacientes precisam entender as mensagens sobre saúde de uma maneira que lhes permita agir com algum grau de autonomia durante o tratamento das doenças. Para Pereira (2022), é importante compreender como essa dimensão do ser humano é abordada na grande área da saúde e qual espaço ocupa no desenvolvimento de políticas públicas, na atuação de profissionais de saúde e nas ações desenvolvidas junto à população.

Um dos maiores estudos desenvolvidos em LS evidenciou que 20% a 50% da população dos países do Reino Unido, Estados Unidos, Austrália e Canadá apresentavam nível de LS inadequado, o que pode gerar agravos ao estado de saúde individual e coletivo (Visscher, 2018). Dentre os fatores de comprometimento ao bem-estar da pessoa, tem-se a baixa adesão às medidas de promoção da saúde, baixos níveis de conhecimento sobre as condições crônicas de adoecimento e baixa capacidade de conduzir o próprio tratamento (Pereira, 2022).

Evidências norte-americanas demonstraram que o baixo nível de LS associa-se a piores resultados dos indicadores de saúde, como falha nos cuidados de prevenção, maior uso dos serviços e aumentos dos gastos (Visscher, 2018). Limitações quanto ao LS relaciona-se a comportamentos de risco, redução do

autocuidado, aumento dos índices de hospitalização e cronicidade de doenças (Abdrahim *et al.*, 2021).

Em relação ao acesso e uso das informações, incluindo as plataformas digitais, pacientes com inadequado LS pesquisam menos por informações sobre saúde, apresentam menor quantidade de opções por fontes de informações e tiveram menor capacidade de interpretar mensagens relacionadas à saúde, como textos, rótulos e bulas. Como resultado, têm-se baixa adesão a tratamentos, uso incorreto de medicamentos e menor participação em programas de rastreio ou prevenção de doenças (Perrin *et al.*, 2021).

Em contrapartida, um letramento satisfatório pode promover a busca por melhores fontes de dados, além de reflexão e atitude consciente do cidadão. Na prática aplicada à saúde, tendem a apresentar tomada de decisões mais assertivas de autocuidado e prevenção, além de maior facilidade em utilizar as informações recebidas, como aquelas relacionadas ao uso de medicamentos, por exemplo. Ações focadas no LS têm demonstrado favorecer a resiliência do indivíduo e da comunidade, mitigando iniquidades, melhorando a qualidade-de vida e o bem-estar (Scortegagna *et al.*, 2021).

Partindo do princípio de que é preciso que haja um entendimento das informações de saúde, abre-se um caminho que leva à discussão sobre a comunicação entre pacientes e profissionais (Passamai, 2012). Vale salientar que o processo de comunicação demanda uma estrutura complexa, acompanhado por diferentes fatores que podem influenciar positiva ou negativamente nos atores envolvidos, como: cultura, linguística, tecnologia, religião, nível de educação, dentre outros. Em se tratando de situação em que a saúde está comprometida, por exemplo, essa comunicação pode sofrer ação importante da emoção, empatia, fragilidade e insegurança (Abdrahim *et al.*, 2021; Girão *et al.*, 2021).

Soma-se a isso, a quantidade de informações, implícitas ou explicitamente envolvidas nesse processo, que deve ser entendida e interpretada, em um curto espaço de tempo, além dos métodos diversos que podem ser utilizados. Soares (2014), afirma ser fundamental entender a estrutura do processo de comunicação em saúde, para que esta seja assertiva e eficaz, seja qual for o meio e a habilidade utilizada para tal fim. Girão *et al.* (2021), sugere uma organização melhor desse

processo, em especial entre médicos e pacientes, no sentido de traçar estratégias para um melhor entendimento.

Estudos brasileiros têm avaliado o nível de LS da população geral e de grupos de pessoas. No entanto, muito ainda tem que se avançar, incluindo pesquisas que objetivem melhorar esses índices. Girão *et al.* (2021), analisando produções científicas sobre o tema em cenários assistenciais, entende que poucos são os registros de condutas profissionais que facilitem a compreensão em saúde. Há evidências, ainda, que os profissionais de saúde apresentam inabilidade em reconhecer pacientes que possam apresentar baixo nível de LS, não se comunicam por meio de linguagem compreensiva, fornecem informações insuficientes, e não se certificam de que as informações foram assimiladas (Toronto, Weatherford, 2015).

Segundo a Comissão Global Independente para a Educação de Profissionais de Saúde para o século 21, os profissionais de saúde são os mediadores do conhecimento entre aqueles que o geram – os pesquisadores; e que os utiliza – os pacientes (Passamai, 2012). Dessa forma, é preciso que haja o desenvolvimento de competências profissionais para que estejam aptos a mobilizar esse conhecimento e conseguir se envolver e se conectar à população, além de um sistema de saúde conectado globalmente às equipes de saúde, e às demandas necessárias (Scortegagna *et al.*, 2021).

O LS tornou-se, portanto, uma variável na tentativa de se entender o porquê dos desfechos divergentes que envolvem o adoecimento do indivíduo. E ao se avaliar o LS é importante considerar a subjetividade intrínseca à percepção da pessoa sobre as dificuldades comuns aos cuidados com a saúde. Deve-se compreendê-la em uma complexidade multifatorial, representando a integralidade do indivíduo nas dimensões biológicas, psicológicas e sociais, dentre outras. T tamanha importância está sendo dada ao tema na comunidade internacional, que países estabeleceram políticas públicas específicas em LS, ou incorporaram o assunto como prioridade das estratégias de saúde mais amplas (Trezona, Rowlands, Nutbeam, 2018).

Faz-se, então, imprescindível que o sistema de saúde vincule o LS às necessidades do paciente e da população, envolvendo equipes e planejando ações que utilizem ferramentas que estimulem o empoderamento em saúde do indivíduo, da família e da comunidade. Deve-se tentar estratificar os pacientes que necessitem de

maior apoio instrucional, de maneira a promover o cuidado de forma igualitária (Cangussú *et al.*, 2019).

Diante do exposto, emerge a clara compreensão de que o LS representa um elemento fundamental na promoção do bem-estar individual e coletivo, especialmente em tempos pós-pandemia. As pesquisas realizadas no cenário nacional e internacional indicam que o LS vai além da mera habilidade de leitura e escrita, envolvendo a capacidade de compreender e aplicar informações relacionadas à saúde. A visão mais ampla de Freire (1989) sobre o letramento, como uma leitura de mundo que precede a leitura da palavra, ressoa na complexidade do conceito, que abrange não apenas habilidades técnicas, mas também aspectos culturais e sociais.

O estudo revela que a inadequação do LS está associada a diversos problemas de saúde, desde a baixa adesão a medidas preventivas até o aumento dos gastos em serviços de saúde. A constatação de que 20% a 50% da população de países como o Reino Unido, Estados Unidos, Austrália e Canadá apresenta níveis inadequados de LS destaca a urgência de ações e políticas que visem melhorar a capacidade das pessoas de acessar, compreender e aplicar informações de saúde.

A análise dos fatores que comprometem o LS, como comportamentos de risco e redução do autocuidado, aponta para a necessidade de intervenções específicas na área da saúde. Além disso, a relação entre o LS e a comunicação entre profissionais de saúde e pacientes destaca a importância da compreensão mútua nesse contexto. A constatação de que profissionais de saúde muitas vezes não reconhecem a baixa capacidade de LS em pacientes ressalta a importância de uma abordagem mais atenta e adaptada às necessidades individuais.

As evidências apresentadas reforçam a necessidade de integração do LS nas políticas públicas de saúde, considerando a subjetividade intrínseca à percepção das pessoas sobre os cuidados com a saúde. O desenvolvimento de competências profissionais, a estratificação dos pacientes conforme suas necessidades instrucionais e o uso de ferramentas que promovam o empoderamento em saúde são apontados como estratégias fundamentais para enfrentar os desafios relacionados ao LS. Assim, ao compreendermos a relevância do LS em todas as suas dimensões, poderemos desenvolver abordagens mais eficazes para promover a saúde e o bem-estar.

### **3 METODOLOGIA**

A metodologia a seguir foi utilizada a fim de que os objetivos propostos por esta pesquisa fossem alcançados. A partir dela, tem-se a sistematização dos procedimentos que foram utilizados neste trabalho, bem como a organização dos instrumentos de coleta e análise estatística dos dados coletados.

#### **3.1 Desenho do estudo**

Trata-se de um estudo descritivo, observacional, do tipo coorte transversal, analítico e de abordagem quali-quantitativa, ancorada em referenciais de relações entre letramento em saúde, saúde da mulher, ambiente e trabalho (Gil, 2002). Um estudo de corte transversal é um tipo de pesquisa observacional em que os dados são coletados em um único ponto no tempo, sem acompanhar os participantes ao longo do tempo. Ele examina uma amostra representativa da população em um momento específico para avaliar a prevalência de certas condições ou características.

No contexto deste estudo, a abordagem de corte transversal implicou que a pesquisadora analisou simultaneamente diferentes variáveis, como letramento em saúde, saúde da mulher, ambiente e trabalho, em um grupo de participantes em um determinado período. Essa metodologia foi particularmente útil para investigar relações entre variáveis em um ponto específico no tempo, fornecendo uma visão instantânea das condições e características da população estudada.

Ao analisar a prevalência e as associações entre as variáveis sem a necessidade de acompanhamento longitudinal e a abordagem coorte transversal pode ser mais viável logística e financeiramente, especialmente em estudos que abrangem múltiplas variáveis complexas. O tempo e os recursos necessários para um acompanhamento longitudinal podem ser substanciais, enquanto a metodologia de corte transversal permite uma análise mais eficiente e rápida.

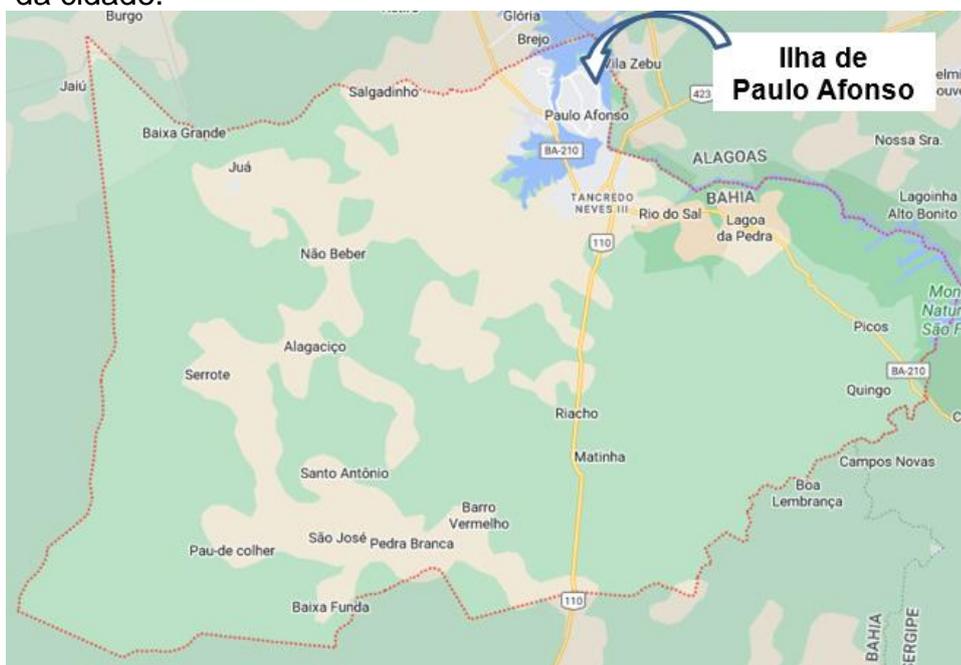
Portanto, a escolha da metodologia de corte transversal neste contexto se justifica pela sua capacidade de oferecer uma visão panorâmica das variáveis em estudo, possibilitando uma compreensão inicial das relações entre letramento em saúde, saúde da mulher, ambiente e trabalho em um ponto específico no tempo.

### 3.2 Contexto

O estudo apresenta enfoque na área rural do município de Paulo Afonso, localizado no interior do Estado da Bahia. A cidade é sede de uma microrregião do Estado, fazendo parte de uma mesorregião chamada de Vale do São Francisco da Bahia. Possui uma área territorial de 1.544,388 km<sup>2</sup> (IBGE, 2008), que dista da capital do Estado cerca de 434 km. Os limites territoriais são os municípios de Santa Brígida, Rodelas, Glória e Jeremoabo em território baiano, além da cidade Delmiro Gouveia, em território alagoano, e o município sergipano Canindé de São Francisco (IBGE, 2008).

A construção do município foi planejada a partir da criação do canal da usina Paulo Afonso IV, de modo que o centro da cidade está situado em área cercada por água. Além do centro, existem outros bairros periféricos dentro do complexo urbano e que representam um contingente populacional importante. Porém, considerado o mais populoso da cidade, o Bairro Tancredo Neves e a zona rural do município localizam-se fora do complexo da Ilha (Silva; Santos, 2010) (Figura 2).

**Figura 2** – Mapa ampliado do município de Paulo Afonso – BA, com destaque para a ilha de Paulo Afonso, onde está localizado o centro da cidade.



Fonte: Google Maps, 2018.

Quanto à população da cidade, evidenciou-se, segundo último recenseamento populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, um quantitativo de 112.870 pessoas (IBGE, 2022). Dados do recenseamento de 2010 evidenciaram população distribuída por gênero tendo-se 52,1% composto por mulheres e 47,9% de homens. Esses percentuais representam, respectivamente, uma parcela da população de 56.426 mulheres, em contraste com 51.970 homens. A população, ainda segundo recenseamento anterior, estava distribuída em zona urbana e rural, com um quantitativo de 93.404 (86,2%) e 14.992 (13,8%), respectivamente (Quadro 1).

**Quadro 1** – Distribuição populacional por sexo em relação à área rural e urbana no município de Paulo Afonso, interior da Bahia.

FAIXA ETÁRIA	MULHERES		HOMENS	
	URBANO	RURAL	URBANO	RURAL
0 – 14 ANOS	11.734	1.956	11.947	2.139
A PARTIR DE 15 ANOS	37.391	5.346	32.332	5.551

Fonte: IBGE, 2010b.

A densidade demográfica foi de 73,08 habitantes por quilômetro quadrado em 2022. Apresenta salário médio mensal dos trabalhadores formais de 2,0 salários-mínimos e 43,6% da população com rendimento per capita de até 0,5 salário-mínimo (IBGE, 2010a.). A taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade, é de 96,4%, e a rede de serviços de saúde é estruturada com todos os níveis de atenção (IBGE, 2010a.).

Em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), a cidade apresentou, no ano de 2017, valor considerado elevado, de 0,758 (IBGE, 2007). Quanto à economia da cidade, dados do IBGE evidenciam que o Produto Interno Bruto é um dos maiores do Estado da Bahia, estando em torno de 2,2 bilhões de reais (IBGE, 2015). No entanto, também apresenta um dos maiores índices de desigualdade de renda entre os municípios da região (Vieira, 2016).

No que concerne à saúde, Paulo Afonso é responsável pela microrregião do baixo São Francisco nas subdivisões do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo sede do 10ª Diretoria Regional de Saúde (Dires, 2018). Dessa forma, ele deve prestar

assistência a várias cidades localizadas nesta região. Além disso, dá suporte a algumas cidades próximas, pela carência dos serviços de saúde da região correspondente, como é o caso do atendimento prestado às cidades do Território de Itaparica (Dires, 2018).

A cidade possui, atualmente, 63 estabelecimentos de saúde de administração pública e financiamento do SUS. Dentre eles, 41 são unidades de saúde do programa Estratégia Saúde da Família (ESF), estando representadas por Unidades de Saúde da Família (USF), Postos de Saúde e Programas de Agentes Comunitários de Saúde (CNES, 2022). Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde, há 6 USF rurais que são sede do programa ESF. Elas levam os nomes do povoado em que estão localizadas. São elas: USF Várzea, USF Juá, USF Malhada Grande, USF Riacho, USF São José e USF Boa Esperança.

Vinculadas às USF existem os Postos de Saúde, que são unidades satélites de atendimento, distribuídas em pontos estratégicos do povoado, na tentativa de aumentar a cobertura da população a ser atendida (Quadro 2). Diante do território do município de Paulo Afonso, que apresenta área rural bem maior que a área urbana no que se refere a extensão territorial (Figura 2), faz-se necessário o apoio à saúde prestado pelas unidades satélites, visando diminuir as distâncias a serem percorridas pela população em busca de atendimento.

**Quadro 2 –** Distribuição de Unidades de Saúde da Família por povoado do município de Paulo Afonso, interior da Bahia.

POVOADO	USF RURAIS	POSTO DE SAÚDE
Várzea	USF Várzea	Posto de Saúde Nambebe Posto de Saúde Serrote Posto de Saúde Lagoa do Rancho
Juá	USF Juá	Posto de Saúde Açude Posto de Saúde Salgadinho
Malhada Grande	USF Malhada Grande	Posto de Saúde Rio do Sal Posto de Saúde Salobro Posto de Saúde Xingozinho Posto de Saúde Sítio do Tará
Riacho	USF Riacho	
São José	USF São José	Posto de Saúde Arrastapé Posto de Saúde Sítio do Lúcio
Boa Esperança	USF Boa Esperança	Posto de Saúde Campos Novos Posto de Saúde Tigre Posto de Saúde Caiçara I Posto de Saúde Caiçara II Posto de Saúde Jardim Aeroporto

**Fonte:** Elaboração da autora, 2022.

Segundo as novas orientações divulgadas pelo Ministério da Saúde para ajustes da Política de Atenção Básica, cada equipe da ESF deve ser responsável por território adscrito que tenha população entre 2.000 e 3.500 indivíduos, com média de 2,9 pessoas por família, totalizando aproximadamente entre 690 e 1.207 famílias (Brasil, 2017). Dessa forma, a abertura de uma USF depende da quantidade de pessoas do povoado, e não propriamente do limite territorial deste, o que justifica o fato de não haver unidade satélite no povoado Riacho, por exemplo.

Essa organização faz com que alguns usuários do SUS tenham que percorrer grandes distâncias para ter acesso ao atendimento ou que a população conte com menor quantidade de dias para atendimento, uma vez que uma mesma equipe tem que se deslocar entre as unidades satélites de um mesmo povoado.

### 3.3 População e amostra

A amostra para o estudo foi selecionada aleatoriamente, adotando uma abordagem não probabilística e acidental durante a permanência das participantes na sala de espera da Unidade de Saúde da Família (USF), enquanto aguardavam atendimento por membros da equipe. A população alvo foi restrita ao gênero feminino, composta por residentes na USF Riacho, localizada na zona rural da cidade de Paulo Afonso, interior da Bahia. Inicialmente, a intenção era abranger todas as USFs da área rural; contudo, diante das complexidades na prestação de assistência à saúde nas comunidades rurais do município, uma revisão do planejamento tornou-se necessária.

A significativa restrição imposta pela distância até as comunidades rurais, especialmente em períodos de chuvas que tornavam algumas estradas impraticáveis, limitou o acesso das equipes de saúde e da população em busca de assistência. A disponibilidade irregular de médicos nas USFs do interior do município, em comparação com a zona urbana, exacerbou a volatilidade desses profissionais, exigindo uma cuidadosa coordenação entre os dias de atendimento da equipe do Programa de Saúde da Família e o planejamento da pesquisadora para a coleta de dados.

O contexto desafiador foi agravado pela pandemia de COVID-19, que resultou em medidas de contingenciamento nas USFs antes mesmo da confirmação de casos no município. A partir de fevereiro de 2020, as atividades nas USFs foram restringidas, e as equipes do Programa de Saúde da Família atuavam em plantões para atender pacientes com suspeita de contaminação pelo coronavírus. As condições de isolamento social foram intensificadas, especialmente nas comunidades rurais devido ao distanciamento territorial em relação ao centro da cidade. Os povoados tiveram suas unidades de saúde fechadas por aproximadamente oito meses, e a comunidade restringiu o fluxo de pessoas, permitindo entrada apenas para atividades essenciais, como compra de alimentos, remédios ou itens básicos.

A situação se agravou com a escassez de insumos, medicamentos, adoecimento em massa de profissionais de saúde, falta de leitos para internamento e atraso na disponibilidade da vacina. Em maio de 2021, a gestão municipal considerou a situação como um caos no sistema de saúde de Paulo Afonso. Após esse cenário

crítico, a reabertura das USFs ocorreu gradualmente, levando em consideração a instabilidade nos números de casos e na gravidade da doença.

Muitas equipes de saúde foram desfeitas, persistindo a escassez de materiais e medicamentos, além do absenteísmo das pacientes devido ao receio de contrair o coronavírus, resultando em baixa presença na sala de espera da USF. Em face desses desafios, foi necessário replanejar a pesquisa e redirecionar a coleta de dados para uma comunidade única. A pesquisa de campo foi conduzida de julho de 2022 a março de 2023, tendo a USF do povoado Riacho, localizada na BR 110 e a 29,5 km da cidade de Paulo Afonso, como o local de estudo. Com base em dados informais da Secretaria de Saúde do município, 1.978 pessoas são cadastradas como usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) na USF Riacho, sendo 1.039 mulheres e 939 homens.

A escolha dessa USF foi determinada por fatores como facilidade de acesso, presença de asfalto ao longo do trajeto, estabilidade no atendimento com a mesma médica há aproximadamente sete anos, inexistência de unidades satélites de atendimento, facilitando o agendamento de atendimentos da equipe e, conseqüentemente, garantindo um maior número de pessoas para coleta de dados a cada atendimento. Adicionalmente, a proximidade da maioria dos usuários reduz as abstenções nos atendimentos.

### **3.4 Procedimento para coleta de dados**

Foram realizadas entrevistas pela pesquisadora, e aplicação de instrumentos de coleta de dados. Para tanto, utilizou-se a infraestrutura da Unidade de Saúde da Família Riacho. É uma sede própria, construída especificamente para funcionamento da USF do povoado e conta com todos os ambientes necessários ao atendimento da Equipe de Saúde da Família, dentro do modelo preconizado pela ESF.

O recrutamento ocorreu durante a espera para atendimento pela equipe de saúde, o que ocorre em horários pré-agendados, na maioria das vezes, apesar de alguns serviços se darem por livre demanda, como vacinação, pesagem de crianças, avaliação de níveis pressóricos ou de glicose capilar, busca por resultados de exames, dentre outras necessidades.

Priorizou-se as últimas pacientes da fila, de modo a otimizar o tempo e favorecer maior adesão à pesquisa. Uma sala da USF foi gentilmente reservada para este fim, de forma a garantir o conforto das entrevistadas e o sigilo das informações. Após as devidas orientações, houve a orientação sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e assinatura do documento. Somente após este ato iniciou-se aplicação dos formulários. Não foi feito o registro de perdas e recusas.

### **3.5 Critérios de inclusão e exclusão**

Os critérios de inclusão foram: ser do sexo feminino, ser residente à zona rural do município de Paulo Afonso – BA, possuir idade mínima de 18 anos no momento da entrevista, ser alfabetizada e usuária do SUS, tendo cadastro atualizado no programa Estratégia de Saúde da Família (ESF) do referido município. Já como critérios de exclusão considerou-se: analfabetismo absoluto, manifestações de distúrbios neurológicos ou cognitivos, uso de drogas que afetam a cognição, acuidade visual importante que impeça a aplicação dos questionários, doença da fala ou da audição que prejudiquem a realização dos testes.

Vale salientar que o instrumento utilizado para avaliar o nível de LS é um método excludente, uma vez que necessita ser lido, o que se contrapõe aos preceitos deste trabalho, que prioriza uma população minoritária, já com uma bagagem cultural de exclusão social. Porém, foi o método de melhor aplicabilidade, diante das dificuldades já encontradas para a realização da coleta de dados, conforme citado no item 3.3.

### **3.6 Instrumento de coleta**

A pesquisa deu-se com a aplicação de três instrumentos de mensuração que possuem validação na literatura nacional e internacional, a fim de avaliar os aspectos sociais e demográficos, a classificação econômica, e o nível de LS.

### **3.6.1 Análise sociodemográfica**

Objetiva a obtenção do perfil sociodemográfico da população estudada, além de informações sobre a relação da mulher com o meio em que reside e as condições de saúde as quais estão expostas. Investigam, por exemplo: as atividades praticadas no cotidiano e a carga horária de trabalho em atividades domésticas e do campo, as principais doenças e/ou sinais e sintomas apresentados, dentre outros dados (Anexo 1).

### **3.6.2 Critério de classificação econômica**

Esse instrumento é validado pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2019). A partir dele, foi possível investigar se existe relação entre a situação econômica das participantes da pesquisa e o LS (Anexo 2).

### **3.6.3 Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-speaking Adults (SAHLPA-18)**

Trata-se de teste que busca estimar o nível de LS dos adultos por meio da avaliação de habilidades de pronúncia e compreensão de 18 (dezoito) termos médicos populares (Anexo III). Possui validação nacional por Apolinario e colaboradores (2012), contendo 50 ou 18 quesitos. Nesta pesquisa, optou-se pela aplicação de 18 quesitos, frente à necessidade de aplicação dos outros dois instrumentos de coleta citados anteriormente, diminuindo o tempo de entrevista, evitando desconforto, cansaço e desinteresse à participante.

Para sua aplicação, utilizou-se cartões contendo termos médicos em destaque e duas palavras de associação. A paciente leu em voz alta o termo médico, para que a pesquisadora avaliasse a pronúncia. Posteriormente, a entrevistada escolheu uma das palavras de associação que estava relacionada ao termo médico, podendo-se optar pelo termo “não sei”, no caso de não associar o termo a uma das palavras do cartão. O nível de LS foi considerado adequado ao associar corretamente um mínimo de 14 dentre os 18 itens. O LS foi considerado inadequado caso tenha um número de

acertos inferior a 14 itens. O modelo de um dos cartões utilizados está representado na Tabela 1, abaixo:

**Tabela 1** – Modelo de cartão-teste para análise.

---

**1 – OSTEOPOROSE**

( ) OSSO

( ) MÚSCULO

( ) NÃO SEI

---

**Fonte:** Autoria própria, 2020.

### **3.7 Análise e interpretação dos dados**

A análise estatística foi realizada utilizando-se o *GraphPadPrism5* (*GraphPad Software, Inc., San. Diego, CA, USA*). Os dados obtidos foram organizados na forma de planilhas e posteriormente tratados por meio de análise descritiva e inferencial, com obtenção de frequência absoluta e relativa das variáveis utilizadas no estudo. As pontuações dos testes foram submetidas ao teste de Mann Whitney. O coeficiente de correlação de *Spearman* foi utilizado para verificar a correlação entre a pontuação dos testes com variáveis sociodemográficas das entrevistadas. Valor de  $p < 0,05$  será considerado estatisticamente significativo.

Para os quesitos subjetivos foi realizada a transcrição das falas em tabela de Excel elaborada para tal finalidade. A partir dela, fez-se a classificação das respostas em grupos de equivalência, a fim de facilitar a análise. Deu-se então a distribuição de frequências e a identificação da média de respostas afirmativas obtidas, seguida de uma análise quantitativa das variáveis qualitativas.

### 3.8 Preceitos éticos da pesquisa

Esta pesquisa foi conduzida de acordo com os preceitos determinados pela Resolução 466/12 (Brasil, 2012) para estudo com seres humanos e pela Resolução 510/16 (Brasil, 2016), que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais.

O estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE), de maneira que a coleta de dados foi iniciada somente após a aprovação, sob CAE número CAAE nº 45048921.1.0000.9547. Houve, ainda, autorização para realização da pesquisa pelo gestor da Secretaria Municipal de Saúde de Paulo Afonso, após assinatura do Termo de Aprovação à Pesquisa (TAP).

Antes da coleta de dados, após as devidas apresentações e orientações a respeito dos documentos, houve a assinatura do TCLE (Apêndice A) e do Termo de Autorização de Uso de Imagem e Voz (Apêndice B). Em relação ao anonimato da população alvo, apenas a pesquisadora teve acesso aos dados completos, como identificação pessoal, dentre outras informações. Importante frisar que houve total compromisso em garantir o sigilo à identidade das participantes, de maneira que os dados coletados ficarão guardados em arquivos de computador pessoal por um período de cinco anos, sendo devidamente destruídos após esse tempo.

Não foi efetuado, em hipótese alguma, pagamento ou cobrança à participante da pesquisa, uma vez que a aceitação ocorreu de forma voluntária. Foram assegurados o direito à indenização em casos de danos decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial, bem como o encerramento da pesquisa de maneira imediata mesmo que não finalizada, caso houvesse necessidade ou por solicitação da comunidade em estudo, sem ônus ou constrangimento à comunidade como um todo, pelo fato. Ou ainda, diante de qualquer situação que gerasse conflitos e/ou qualquer tipo de sensação de insegurança, desconforto ou mal-estar dentro da comunidade, seja pela coleta de dados ou pela presença dos pesquisadores.

Quanto aos riscos, deu-se aqueles inerentes à toda pesquisa que envolve seres humanos: quanto à divulgação de informações sigilosas sobre as entrevistadas e a possibilidade de frustração das participantes da pesquisa a respeito do resultado

individual do teste de LS. De forma a minimizar os possíveis impactos destes riscos eventuais, apenas a pesquisadora esteve diretamente envolvida com a coleta de dados, detendo, portanto, o acesso às informações das entrevistadas.

Além dessa medida, há a assinatura do Termo de Confidencialidade e Sigilo, assumindo-se, assim, o compromisso do absoluto sigilo e confidencialidade sobre todas as informações relacionadas ao projeto de pesquisa. A mulher voluntária poderia solicitar desligamento da pesquisa a qualquer momento, caso se sentisse constrangida, ou pelo simples fato de desejar encerrar sua participação, não havendo qualquer ônus a ela pela desistência.

A pesquisadora, estando envolvida diretamente na coleta de dados, realizou treinamento prévio à coleta de dados, a fim de estar capacitada a informar com clareza todos os detalhes do TCLE, que foi devidamente assinado, bem como apresentados e esclarecidos os objetivos dos formulários, de forma a evitar possíveis frustrações das participantes. Além disso, os instrumentos utilizados na coleta de dados foram previamente testados em grupo social, também usuário do SUS, que não fazia parte do escopo da pesquisa.

Quanto aos benefícios, tem-se o fato de tornar possível o conhecimento de uma realidade que pode não está sendo representada pelas pesquisas nacionais e internacionais quando se trata de LS, principalmente da população feminina e do campo, muito menos das condições de vida e saúde dessas pessoas. Será possível ainda, contribuir com o redirecionamento de práticas em saúde dirigidas a essas comunidades através da confecção de material didático voltado a melhorar o nível de LS por duas vias, a do profissional de saúde e da protagonista desse estudo, a mulher do campo.

## 4 RESULTADOS

Foram entrevistadas 85 mulheres. A idade média das participantes foi de 37,1  $\pm$  13,7 anos (18-81 anos). A situação conjugal com maior prevalência foi de mulheres casadas (45,9%) e união estável (27,1%). A maioria das mulheres entrevistadas cursou apenas o nível de ensino fundamental, seja completo (8,2%) ou incompleto (43,5%), totalizando 51,7% da amostra (Tabela 2).

**Tabela 2** – Características sociodemográficas de mulheres residentes na área rural do município do interior da Bahia, em sala de espera da USF.

<b>Variáveis sociodemográficas</b>	<b>Frequência- n (%)</b>
<b>Idade (anos)</b>	
18 a 24	15 (17.6)
25 a 30	21 (24.7)
31 a 40	18 (21.2)
Acima de 40	31 (36.5)
<b>Estado conjugal</b>	
Casada	39 (45.9)
União estável	23 (27.1)
Solteira	18 (21.2)
Divorciada	1 (1.2)
Viúva	4 (4.7)
<b>Nível Educacional</b>	
Ensino Fundamental completo/incompleto	7 (8.2) / 37 (43.5)
Ensino Médio completo/incompleto	24 (28.2) / 13 (15.3)
Ensino Superior completo/incompleto	3 (3.5) / 1 (1.2)
<b>Classificação econômica</b>	
A	0 (0.0)
B1	0 (0.0)
B2	9 (10.6)
C1	15 (17.6)
C2	35 (41.2)
D – E	26 (30.6)
<b>Total</b>	<b>85 (100,0)</b>

Fonte: Elaboração da autora, 2023.

Parcela importante das entrevistadas apresenta condição social classificada como nível C (58,8%). Porém, parcela significativa da amostra encontra-se no extrato social da camada D e E (30,6%) da classificação econômica (Tabela 2). Em relação aos questionamentos sobre a profissão, mais da metade das mulheres se categoriza como agricultora (50,6%) e parcela importante se denomina dona de casa (31,8%). Dentre as 5 mulheres que considera como profissão a aposentadoria (5,9%), 1 havia sido professora (1,2%) e 4 delas, agricultoras (4,7%), o que elevaria o percentual de agricultoras na amostra para 55,3% (Tabela 3).

**Tabela 3 – Características relacionadas a ocupação das mulheres residentes na área rural do município do interior da Bahia.**

<b>Variáveis</b>	<b>Frequência- n (%)</b>
<b>Profissão</b>	
Agricultora	43 (50,6)
Dona de casa	27 (31,8)
Aposentada	5 (5,9)
Estudante	2 (2,4)
Outros	8 (9,4)
<b>Situação funcional</b>	
Autônoma	8 (9,4)
Empregada	7 (8,2)
Desempregada	56 (65,9)
Aposentada	12 (14,1)
Estudante	2 (2,4)
<b>Fontes de renda principal</b>	
Benefício governamental	50 (58,8)
Agricultura	8 (9,4)
Aposentadoria	4 (4,7)
Trabalhos informais esporádicos	3 (3,5)
Sem informação	20 (23,6)
<b>Participação em alguma associação ou organização</b>	
Sim	8 (9,4)
Não	77 (90,6)
<b>Total</b>	<b>85 (100,0)</b>

**Fonte:** Elaboração da autora, 2023.

Mais da metade da amostra se descreveu como desempregada (65,9%). Dentre elas, tem-se: 32 agricultoras (37,65%), 23 donas de casa (23,38%) e 1 faxineira (1,2%). Dentre as autônomas, 3 são agricultoras (3,5%), 3 trabalham com corte de cabelo e maquiagem (3,5%), e 2 trabalham com serviços gerais e faxina dentro da própria comunidade (2,4%). Apenas 2 mulheres consideram-se estudantes (2,4%). O perfil destas é: (1ª) 18 anos, casada, concluindo Ensino Fundamental e com um filho de menos de 1 ano; (2ª) 21 anos, solteira, concluindo o Ensino Superior, tendo um filho de 4 anos.

A renda citada variou de cem a sete mil e oitocentos reais mensais. Valores mais elevados foram relatados nas famílias que contavam com aposentadoria, em especial da Companhia Hidrelétrica do São Francisco (CHESF). Apenas 17 participantes tiveram certeza do seu próprio ganho mensal (20,0%), e 22 estavam cientes da renda do cônjuge (25,9%).

O auxílio governamental aparece como fonte de renda principal para mais da metade das mulheres (58,8%). Dentre os tipos de auxílio foram citados o auxílio Brasil/Bolsa Família e pensão por invalidez de cônjuge ou de filho. Na faixa etária entre 18 e 24 anos, apenas 7 mulheres são contempladas (8,2%). A distribuição é praticamente igual entre as mulheres das demais faixas etárias. A ajuda financeira é parte da renda familiar para 41 dentre as 56 mulheres que se descreveram como desempregadas (73,2%). Se faz presente para 27 dentre as 43 agricultoras (62,8%), 17 das 27 donas de casa (63,0%), e 6 das 8 mulheres autônomas (75,0%). Vale salientar que, em uma amostra na qual 50,6% têm a agricultura como profissão, vê-se apenas 9,4% das participantes tendo como fonte de renda principal a agricultura.

Em relação às características relacionadas ao trabalho das mulheres entrevistadas, houve prevalência de tempo do trabalho doméstico em relação às atividades do campo. A jornada de trabalho doméstico é longa, de mais de 8 horas diárias (41,2%), por outro lado, a maioria das mulheres destina tempo menor que 4 horas por dia às atividades do campo (71,8%) (Tabela 4).

**Tabela 4** – Tempo dedicado à execução de trabalho doméstico e no campo, realizado por mulheres residentes na área rural do município do interior da Bahia, em sala de espera da USF.

<b>Variáveis</b>	<b>Frequência-n (%)</b>
<b>Tempo médio de trabalho doméstico</b>	
< 4 horas	8 (9,4)
4 – 8 horas	40 (45,1)
> 8 horas	35 (41,2)
Sem informação	2 (2,4)
<b>Tempo médio de trabalho no campo</b>	
< 4 horas	61 (71,8)
4 – 8 horas	22 (25,9)
> 8 horas	0 (0,0)
Sem informação	2 (2,4)
<b>Total</b>	<b>85 (100,0)</b>

**Fonte:** Elaboração da autora, 2023.

Ressalta-se que 10 dentre as 27 que se descreveram como donas de casa (37,0%) relataram como atividade doméstica ações caracterizadas como do campo, a exemplo de plantação e colheita, dar comida aos animais, irrigar horta, dentre outras. Apenas 5 dessas mulheres realiza a venda dos produtos (18,5%), de maneira que as tratativas comerciais ficam a cargo de um terceiro, que incluem o esposo. Os serviços domésticos mais citados foram: cozinhar, cuidar de crianças, limpar casa, lavar e passar roupa. Quanto à participação em cenários de discussão, seja política, econômica, dentre outras, apenas 8 mulheres de toda a amostra afirmaram positivamente (9,41%).

Em relação aos aspectos inerentes à saúde, a totalidade da amostra não apresenta plano de saúde (100%; n=85) e 20% (n=17) das entrevistadas acaba pagando por outros serviços, principalmente por consultas médicas com especialistas e realização de exames. Procurando a USF em 60% (n=51) para realização de atendimento pela Equipe de Saúde da Família (médico clínico geral, dentista e enfermeiro), e 25,9% dos atendimentos era para o profissional médico (n=22).

Os dados revelam o uso de medicamentos e/ou suplementos vitamínicos em 48,2% das mulheres (n=41), adesão baixa ao uso de fitoterápicos (29,4%; n=25), e ausência de contato com agrotóxico em 100% dos casos (n=85). As principais classes de fármacos utilizados são: anti-hipertensivos (23,5%; n=20); contraceptivos orais (8,2%; n=7); suplementos e vitaminas (5,9%; n=5); analgésicos (4,7%; n=4); cremes vaginais (3,5%; n=3), ansiolíticos e antidepressivos (2,4%; n=2).

A quantidade de doenças citadas por cada entrevistada variou entre nenhuma e até sete doenças. Aproximadamente metade da amostra (51,8%; n=44) considerava ter até 2 doenças no momento da entrevista. Dentre os problemas de saúde, tem-se maior prevalência das doenças osteoarticulares, que acomete 63 mulheres (74,1%), seguidas das doenças e/ou sinais e sintomas psicossociais, em especial aqueles citados como ansiedade e depressão, responsáveis pelo comprometimento de 46 mulheres (54,1%) (Tabela 5).

**Tabela 5 – Doenças e/ou sinais e sintomas referidos por mulheres residentes na área rural do município do interior da Bahia, em sala de espera da USF.**

<b>Variáveis</b>	<b>Frequência- n (%)</b>
Doenças prévias	
Dor osteoarticular	63 (74,1)
Transtornos mentais comuns	46 (54,1)
Hipertensão arterial sistêmica	20 (23,5)
Infecção do trato urinário/vulvovaginite	20 (23,5)
Aumento de peso	17 (20,0)
Dislipidemia	15 (17,6)
Lesão de pele	11 (12,9)
Diabetes mellitus	9 (10,6)
Outras*	4 (4,7)
<b>Total</b>	<b>85 (100,0)</b>

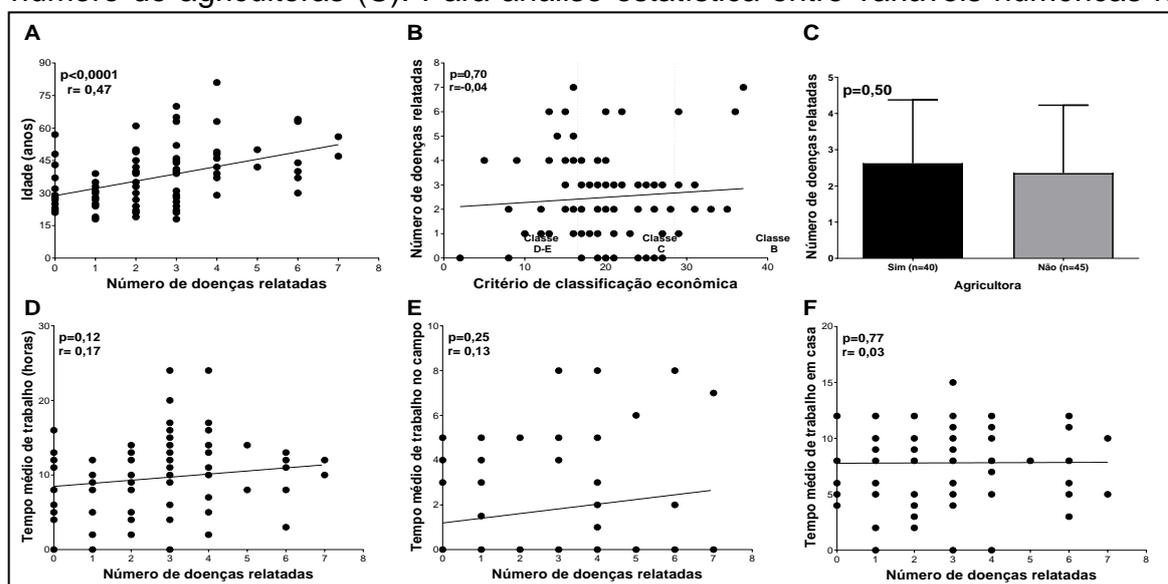
\*Outras doenças citadas: doenças da tireóide, melasma e síndrome dos ovários polimicrocísticos.

**Fonte:** Elaboração da autora, 2023.

Foi evidenciada correlação positiva entre a idade e número de doenças citadas ( $p < 0,0001$ ; Figura 3A). No entanto, não houve relação significativa entre o número de doenças apresentadas e a classificação econômica ( $p = 0,70$ ; Figura 3B) ou o fato de

ser agricultora ( $p=0,70$ ; Figura 3C). Houve tendência de aumento do número de doenças relatadas e o tempo médio de trabalho diário ( $p=0,12$ ; Figura 3D), porém sem diferença significativa quando analisado em relação ao tempo médio de atividades destinadas ao campo ( $p=0,25$ ; Figura 3E) ou às atividades domésticas ( $p=0,77$ ; Figura 3F).

**Figura 3** – Correlação entre o número de doenças relatadas e variáveis sociodemográficas ( $n=85$ ). O eixo “y” representa a idade (A), o número de doenças relatadas (B e C) e tempo médio de trabalho (D, E e F). O eixo “x” representa o número de doenças relatadas (A, D, E e F), a classificação econômica (B) e o número de agricultoras (C). Para análise estatística entre variáveis numéricas foi



utilizado o teste de correlação de *Spearman*. Para comparação entre grupos foi utilizado o teste Mann Whitney (C).

Fonte: Elaboração da autora, 2023.

Quanto a aspectos da vida reprodutiva, a Tabela 6 apresenta que quase um terço 30,6% ( $n=26$ ) das entrevistadas possuem 3 gestações e 9 delas não possuem filhos (10,6%). O número de abortamento foi evidenciado em 16,5% ( $n=14$ ) das mulheres, não tendo frequência de diferença significativa entre a faixa etária menor e a partir de 40 anos. A quantidade de mulheres que não possuem filhos foi de 9 (10,6%), dentre as quais 7 delas nunca gestou (8,2%), 5,9% ( $n=5$ ) possuem abaixo de 25 anos e uma delas (1,2%) sofreu um abortamento, tendo 19 anos no momento da entrevista. As demais pacientes que não tem filhos possuem acima de 40 anos e nenhuma sofreu abortamento.

**Tabela 6** – Histórico obstétrico e de vida reprodutiva de mulheres residentes na área rural do município do interior da Bahia, em sala de espera da USF.

<b>Variáveis</b>	<b>Frequência- n (%)</b>
<b>Número de gestações</b>	
0 / 1	7 (8,2) / 20 (23,5)
2 / 3	14 (16,5) / 26 (30,6)
4 ou mais	18 (21,2)
<b>Número de abortos</b>	
0	71 (83,5)
1	9 (10,6)
2	3 (3,5)
3 ou mais	2 (2,4)
<b>Via de parto</b>	
Vaginal	38 (44,7)
Cesariana	17 (20,0)
Vaginal e cesariana	21 (24,7)
Sem filhos	9 (10,6)
<b>Intervalo entre os partos</b>	
< 2 anos	14 (16,5)
2 anos	10 (11,8)
> 2 anos	24 (28,2)
Não se aplica	32 (37,6)
Não sabe	5 (5,9)
<b>Assistência parto</b>	
Sim	51 (60,0)
Não	25 (29,4)
Sem informação	9 (10,6)
<b>Total</b>	<b>85 (100,0)</b>

**Fonte:** Elaboração da autora, 2023.

A via de parto foi exclusivamente vaginal para 38 mulheres (44,7%), tendo intervalo de 2 anos ou mais para a maioria da amostra (40%; n=34). Dentre as que tiveram partos cesarianos, 3 delas tiveram intervalo interpartal menor que 2 anos (3,5%). A assistência ao parto esteve presente para a maioria da amostra (60%;

n=51). A média de idade das 25 (29,4%) pacientes que não tiveram assistência obstétrica foi de 39,72 anos e das 51 (60%) pacientes que tiveram assistência no momento do parto foi de 36 anos.

Das 71 pacientes que tem filhos e responderam ao quesito sobre a idade materna no momento do primeiro parto, 40 (47,5%) delas tinham 20 anos ou menos (tabela 7). Evidenciou-se que a média de idade aumentou gradativamente em relação ao número de filhos, indo de 25,25 para mulheres com 1 filho e 47,7 com 5 filhos. A frequência de partos na idade abaixo de 20 anos foi de 47,05% e houve apenas 1 registro de parto em idade acima de 40 anos.

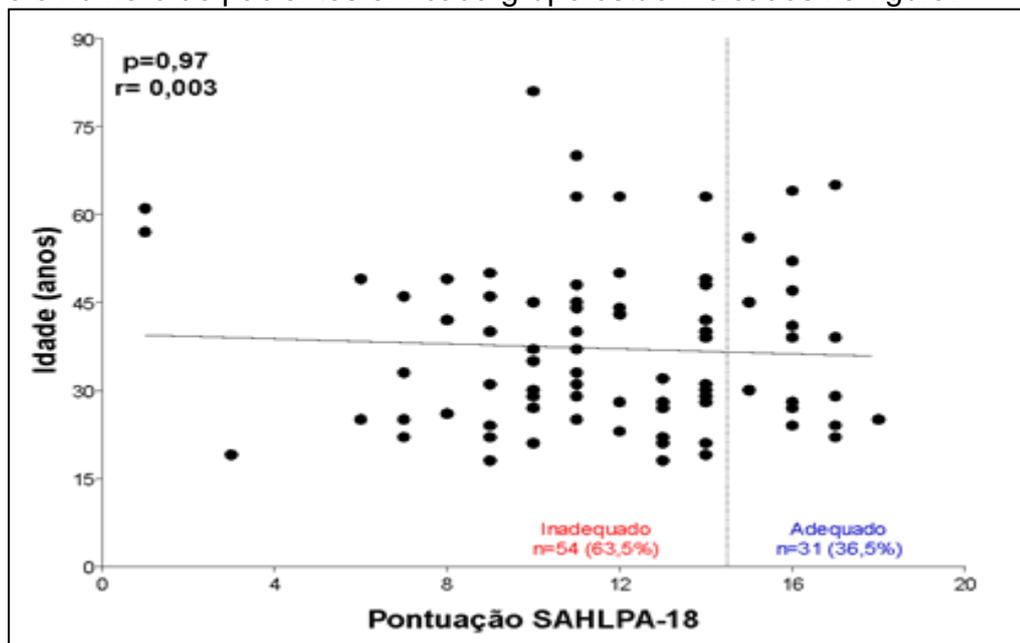
**Tabela 7** – Tempo de intervalo entre os partos de mulheres residentes na área rural do município do interior da Bahia, em sala de espera da USF.

<b>Variáveis</b>	<b>Frequência- n (%)</b>
<b>Idade materna no primeiro filho</b>	
Menor de 18	17 (20,0)
18 a 24	39 (45,9)
25 a 30	12 (14,1)
Mais de 30	3 (3,5)
Sem filho	9 (10,6)
Não sabe	5 (5,9)
<b>Idade materna no último filho</b>	
Menor de 18	3 (3,5)
18 a 24	24 (28,2)
25 a 30	30 (35,3)
Mais de 30	13 (15,3)
Sem filho	9 (10,6)
Não sabe	6 (7,1)
<b>Total</b>	<b>85 (100,0)</b>

**Fonte:** Elaboração da autora, 2023.

Quanto à análise do LS avaliado por meio do SAHLPA-18, das 85 entrevistadas, 31 mulheres apresentaram nível de letramento adequado (36,47%) e 54, inadequado (63,5%). Não foi possível estabelecer relação entre o nível de LS e a idade das entrevistadas ( $p=0,97$ ,  $r=0,003$ ; Figura 4).

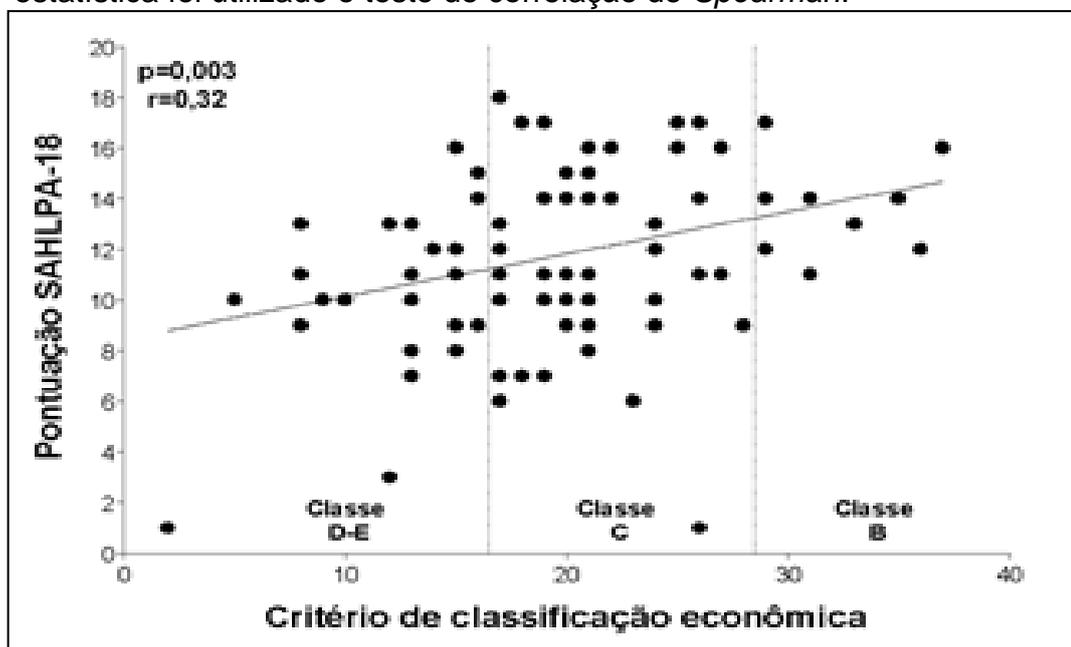
**Figura 4** – Correlação entre a pontuação no SAHLPA-18 e a idade dos pacientes. O eixo “y” representa a idade dos pacientes em anos e o eixo “x” representa a pontuação obtida no SAHLPA-18. Para análise estatística foi utilizado o teste de correlação de *Spearman*. O valor de p e o número de pacientes em cada grupo estão indicados na figura.



Fonte: Elaboração da autora, 2023.

Foi possível observar correlação positiva entre a pontuação obtida no instrumento SAHLPA-18 e a classificação socioeconômica, de acordo com o critério Brasil (2019). Ou seja, o maior nível de LS é diretamente relacionado a maiores níveis socioeconômico, indicando maior nível de letramento em saúde nas classes econômicas C e B, em detrimento às classes D e E ( $p<0,003$ ,  $r=0,32$ ; Figura 5).

**Figura 5** – Correlação entre a pontuação no SAHLPA-18 e a classificação econômica dos pacientes. O eixo “y” representa a pontuação obtida no SAHLPA-18 e o eixo “x” representa a classificação econômica. Para análise estatística foi utilizado o teste de correlação de *Spearman*.



Fonte: Elaboração da autora, 2023.

Na análise da relação entre escolaridade e pontuação no teste de letramento em saúde foi possível evidenciar que o maior tempo de estudo tem relação direta com o aumento do escore do SAHLPA-18 ( $p<0,0001$ ). Porém, a pontuação máxima do teste (18 pontos), foi obtida por uma participante com ensino médio completo, e a pontuação mínima (1 ponto), foi obtida por entrevistadas que não haviam concluído o ensino fundamental (Figura 6). A pontuação média do escore no SAHLPA-18 das entrevistadas com ensino fundamental, ensino médio e ensino superior foi de 10,06; 13,43 e 14,75, respectivamente.



## 5 DISCUSSÃO

### 5.1 Mulher, autonomia, empoderamento e saúde

O conceito de Agricultura Familiar está descrito na Lei Nº 11.326 de 24 de julho de 2006, que estabelece as diretrizes para a formulação da política nacional da Agricultura Familiar e empreendimento familiares rurais. Sua importância deve-se ao fato de ser essa a principal forma de abastecimento do mercado interno com alimentos saudáveis e sustentáveis, buscando a preservação dos recursos ambientais, a cultura rural, gerando ocupações rurais e promovendo o desenvolvimento sustentável do País. Considera-se agricultor familiar e empreendedor familiar rural aquele que pratica atividades no meio rural, atendendo, simultaneamente, aos seguintes requisitos:

- I – Não detenha, a qualquer título, área maior do que quatro módulos fiscais;
- II – Utilize predominantemente mão-de-obra da própria família nas atividades econômicas do seu estabelecimento ou empreendimento;
- III – Tenha renda familiar predominantemente originada de atividades econômicas vinculadas ao próprio estabelecimento ou empreendimento;
- III – Tenha percentual mínimo da renda familiar originada de atividades econômicas do seu estabelecimento ou empreendimento, na forma definida pelo Poder Executivo;
- IV – Dirija seu estabelecimento ou empreendimento com sua família (Brasil, 2011).

Dessa forma, a construção e afirmação do conceito de agricultor familiar no Brasil passam por três categorias de apreciação:

– é uma categoria analítica, estudada e aprofundada pela academia, dada a sua distinta forma de organização da produção e a gestão de relações de produção de trabalho baseadas na relação familiar;

– é um termo político, uma vez que sugere a criação de meios de luta e reafirmação de políticas democráticas, se unindo ao modelo de sustentabilidade e se dissociando do modelo agroindustrial capitalista;

– é um termo político, pois legitima processos de transferência de recursos e bens públicos, e com isso, essa população assumiu a categoria de reassentados, e

se reconfigurando enquanto povos e comunidades tradicionais e da Agricultura Familiar.

O uso desta terminologia (agricultor/a familiar) pretende então unificar as diferentes situações a uma heterogênea massa de produtores e trabalhadores rurais. Tendo o Brasil uma grande extensão territorial, é compreensível que se tenha diferenças gritantes nas formas de produção entre as regiões do país, entre os estados e municípios e nas relações entre a população rural e urbana. Infelizmente, analisando-se a vida no campo, essa cultura de diferenças reverbera de maneira importante nas condições de vida e trabalho entre homens e mulheres.

É sabido que as mulheres possuem participação essencial na agricultura mundial, em especial nos países em desenvolvimento, perfazendo 43% da força agrícola de trabalho (FAO, 2018). Dentre as atividades que são demandadas à mão-de-obra feminina, têm-se aquelas tradicionalmente relacionadas à menor exigência de força física. São exemplos a hortifruticultura (18,8%), na avicultura (12,2%), na produção de grãos (10,6%) e na bovinocultura (9,7%), principalmente aquela destinada à produção de leite (CEAEA, 2018).

Para Almeida *et al.* (2008), analisando cinco regiões diferentes do Brasil, em épocas diferentes, percebe-se a existência de uma distinção entre trabalho “pesado” feito pelos homens e trabalho “leve”, feito pelas mulheres. O trabalho era considerado “leve” não pela qualidade do próprio esforço despendido, mas pelo sexo de quem o executava, de tal modo que qualquer trabalho era considerado leve se feito por mulheres, por mais exaustivo, desgastante ou prejudicial à saúde que fosse.

Essa realidade corrobora com Deere; León (2002), que expõem que os trabalhos realizados pela mulher na agricultura ocupam uma posição subordinada, e suas atividades aparecem como “ajuda”, mesmo trabalhando tanto quanto os homens, desempenhando as mesmas funções.

Para Staduto *et al.* (2013), mesmo que a mulher participe ativamente das tarefas produtivas, suas atividades serão vistas como de ajuda. Essa lógica de divisão sexual do trabalho coloca o homem na figura de chefe da família. Para a mulher, resta a condição de responsável pelos afazeres domésticos. Esse é o modelo de estrutura familiar predominante no rural brasileiro, pautado em práticas sociais que limitam a participação da mulher na tomada de decisão.

Para Martins (2017), essa dualização de papéis está presente, inclusive, nas políticas públicas, de forma que as mulheres representam mães e cuidadoras e os homens representam os provedores da família. Dessa forma, a participação feminina na produção de renda é reconhecida como de baixa ou nenhuma valorização. Seus produtos são considerados excedentes, praticamente desaparecendo diante da atividade produtiva masculina, voltada para o mercado, e da negociação executada pelo homem. Essa distinção de valor de produção ignora, ainda, o trabalho voltado para o autoconsumo que, mesmo que não convertida monetariamente, tem representação importante no orçamento familiar (Staduto, 2015).

Neste contexto, enquadra-se a Agricultura Familiar vivida no sertão baiano, mais especificamente na região de Paulo Afonso, área deste estudo. O município possui uma população de 4218 agricultores familiares detentores de Declaração de Aptidão ao Pronaf (DAP) – atualmente, Cadastro Nacional da Agricultura Familiar (CAF), documento que garante o acesso a direitos concedidos a esta categoria e os enquadra formalmente como agricultores familiares. Destes, 1890 são mulheres (IBGE, 2023), o que reflete a desigual proporção de investimentos no setor.

Realidade oposta a essa, têm-se em economias desenvolvidas, nas quais há a utilização quase na totalidade da força de trabalho de homens e mulheres envolvidos nas atividades produtivas. Dessa forma, há uma participação igualitária de ambas as forças, fator importante para o desenvolvimento econômico, capaz de promover uma revolução socioeconômica, tendo impactos valiosos para a sociedade como um todo (Baig, *et al.*, 2017). Marques, Teixeira e Gonçalves (2017), resumem a situação de mulheres rurais como sempre colocadas em lugar de inferioridade social. As autoras afirmam que:

[...] em relação às mulheres da roça, as pesquisas denunciam que elas foram e continuam sendo vítimas de uma sociedade desigual, não só por serem mulheres (este é o marcador principal da desigualdade), mas também por serem, na maioria dos casos, pobres, negras, indígenas (Marques; Teixeira; Gonçalves., 2017, pág. 3).

Outro aspecto no qual se evidencia a iniquidade social é no âmbito da educação, atingindo, no entanto, ambos os sexos. Dados do Censo Agropecuário 2017 mostram as fragilidades dos agricultores do Nordeste (10,4%) e da Bahia (16,4%) com os menores níveis de escolarização. Dados semelhantes para a

escolarização de comunidades rurais no sertão baiano são apresentados por Couto Filho (2007). Enquanto o Sul apresenta razão inversa com maiores níveis de escolarização, 10,7%, se comparado aos 4,9% do Nordeste.

Ainda que nas últimas duas décadas a Bahia tenha ampliado em quatro vezes o número de universidades federais, o baixo nível de escolarização dos agricultores familiares continua sendo um dos aspectos que contribuem para a reduzida expectativa de desenvolvimento destes. No estado, entre os produtores familiares, 19% não sabem ler e escrever, 62% têm apenas o ensino fundamental e apenas 4,2% têm a graduação (Anjos; Rocha; De Oliveira Silva, 2022). Caumo, Staduto e Souza (2015), demonstraram que as regiões em que as mulheres e os homens apresentam uma baixa escolaridade são consideradas as mais pobres dos estados, como no caso do Sertão e Agreste.

Apesar do município de Paulo Afonso apresentar um PIB superior à média regional e IDH considerado elevado (IBGE, 2015), a Agricultura Familiar presente no município segue baixas taxas de escolarização. Donato Júnior *et al.* (2017), demonstraram que o nível de escolaridade de agricultoras familiares em um município do sertão baiano é considerado baixo, e conseqüentemente, o acesso a políticas públicas impede o sucesso da atividade na região.

A desigualdade de gênero também se reflete nas mais altas taxas de pobreza entre mulheres do que em homens. Exemplo disso são dados sobre a segurança alimentar e desnutrição, em especial quando se considera que as mulheres são as principais responsáveis pela alimentação de suas famílias, o que significa que a falta de acesso a alimentos pode afetar diretamente a nutrição de seus filhos e cônjuges (UFBA, 2021). São elas as principais consumidoras de alimentos saudáveis, detendo o cuidado e o poder de influenciar na escolha de alimentos das suas famílias e da própria comunidade (Ferreira, 2016).

No entanto, cerca de 60% das pessoas subnutridas no mundo são do sexo feminino. Corresponde a 150 milhões de mulheres a mais do que homens que vivem em situação de insegurança alimentar e extrema pobreza. Quanto a assimetria alimentar entre homens e mulheres no Brasil, a diferença é 6 vezes maior que a média global, no ano de 2021 (FAO, 2023).

A desigualdade se apresenta, ainda, na dificuldade de acesso aos recursos produtivos, como a terra e insumos agrícolas, o que torna ainda mais difícil para as

mulheres produzirem alimentos e alcancarem níveis melhores de desenvolvimento pessoal. No entanto, há evidências de que as mulheres, enquanto agentes econômicas, tendem a tornar a sociedade em que vivem mais igualitária política e economicamente. Isso solidifica o desenvolvimento econômico e gera impactos que vão além da geração de renda (Mendonça, 2016).

Levantamento realizado para avaliar o impacto de um programa de microcrédito no Ceará revelou que, mesmo em condições iniciais desfavoráveis, as mulheres apresentam resultados substancialmente melhores. Dentre os fatores analisados, podem ser citados: maior participação de mulheres na tomada de crédito, aumento do número de clientes que sejam mães solteiras, além de crescimento médio dos lucros e capacidade de pagamento de dívidas maior quando comparadas aos homens (Cunha Júnior, 2022).

De Lucena Mota *et al.* (2021), analisaram um programa de renda de banco brasileiro que visa a participação de mulheres em ações empreendedoras na região metropolitana do Recife. Considerando a perspectiva do empoderamento feminino, ficou evidente a participação crescente das mulheres, sugerindo impactos positivos dessa política no universo feminino.

Segundo Staduto *et al.* (2013), essa realidade tende a mudar, de maneira que a mulher vem ganhando espaço nas discussões das políticas públicas e no debate do desenvolvimento rural. Dessa forma, há uma tendência para que a mulher tenha uma maior atuação no âmbito produtivo e social (Staduto *et al.*, 2013).

Deve-se compreender que este trabalho não parte da análise de gênero. Porém, é nítido que essa diferença reflete na condição de vida e valorização dessa mulher, e no papel dela na construção de territórios-corpo no sertão baiano, assim como nas relações de poder, bem-estar e oportunidades de vida na comunidade estudada. Neste sentido, é importante considerar que a mulher precisa ter um envolvimento maior no processo de desenvolvimento rural.

Deve ter um papel efetivo na tomada de decisão, no processo de formação social e econômico da própria vida, da família, da comunidade e do campo, ambiente no qual está inserida. Deve-se, ainda, estimular a participação do feminino na elaboração de políticas públicas, sejam voltadas para o contexto regional ou local, individual ou coletivo, visando o bem-estar e o convívio não excludente na sociedade (Alkire *et al.*, 2013).

A reflexão sobre empoderamento e autonomia destaca a importância de promover mudanças estruturais que permitam às mulheres rurais participar plenamente nas decisões, não apenas no contexto doméstico, mas também na esfera econômica e social. Programas de microcrédito e políticas de inclusão têm mostrado impactos positivos no empoderamento feminino, sugerindo que investir nas mulheres como agentes econômicos pode contribuir para uma sociedade mais justa e igualitária. No entanto, ressalta-se a necessidade contínua de superar desafios históricos e estruturais que limitam as oportunidades e valorização das mulheres rurais.

## **5.2 A saúde da mulher rural**

Segundo Antunes (2018), os métodos de produção baseados no sistema capitalista criam condições de trabalho instáveis, permeadas de sobrecarga e exploração. Nesse caso, é importante compreender como as atividades realizadas interferem no processo saúde-doença. Pode-se considerar que a mulher rural realiza atividades diferentes do seu trabalho cotidiano, muitas vezes entendido apenas como trabalho doméstico, mas isso lhe confere as implicações e os riscos das atividades rurais, impondo condições e cargas de trabalho para tais atividades (Ebling *et al.*, 2015).

Para Silva (2014), isso reflete no legado da desvalorização do trabalho feminino, cujas funções só são reconhecidas no espaço privado do lar e nas relações familiares. Isso representa, efetivamente, a invisibilidade do trabalho da mulher, ignorando até mesmo a representação de sua contribuição para a renda familiar e, ainda, a falta de consciência de que seu adoecimento pode ser reflexo de seu trabalho (Siliprandi, 2009; Alvarenga *et al.*, 2018). Comprova-se essa informação quando se percebe a classificação da divisão do trabalho feita pela própria mulher, quando se refere a atividades consideradas domésticas nesse domínio (Alvarenga *et al.*, 2018).

Quanto à análise deste estudo sobre as doenças que afetam as mulheres no meio rural, destaca-se a análise de Pontes *et al.* (2022), sobre o estado de saúde de homens e mulheres da agricultura e pesca do sertão e litoral nordestino. As principais

queixas foram as relacionadas a longas jornadas de trabalho e levantamento e carregamento de peso, seguidas de sintomas de transtornos mentais (Mota, 2004).

Outras condições citadas são: doenças de pele, hipercolesterolemia, diabetes, aumento dos níveis de pressão arterial, gastrite e obesidade. Por sua vez, as mulheres são mais susceptíveis a lesões por esforços repetitivos e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. Em um estudo com cortadores de cana-de-açúcar masculinos e femininos, movimentos repetitivos de trabalho induziram dor nas extremidades superiores, formigamento e fraqueza nas mãos e nos braços (Franco-Benatti; Navarro; Praun, 2020).

De maneira geral, os dados de relatos sobre a incidência de doenças entre as entrevistadas foram semelhantes aos encontrados em pesquisas recentes no Brasil, onde se observa uma tendência de diminuição das doenças infectocontagiosas em meio à transição epidemiológica e predomínio de agravos crônicos, em especial os mentais (Brasil, 2020).

Lamentavelmente, a frequência desse último problema de saúde na população rural ainda é pouco conhecida, visto que muitas pesquisas têm se concentrado na população urbana. Esse conjunto de enfermidades é classificado como Transtornos Mentais Comuns (TMC), que são caracterizados por depressão não psicótica, ansiedade e sintomas físicos relacionados a fatores psicológicos, os chamados sintomas somatoformes, que podem se manifestar de maneira isolada ou em associação (Goldberg; Huxley, 1992). Os sintomas mais prevalentes são: dificuldade de concentração e sentimentos de inutilidade e vazio, perda de sono, indisposição, alteração de humor e irritação.

Uma análise revelou que a ocorrência de TCM pode variar entre 23,3% e 66,9% (Silva *et al.*, 2018). No estudo de Sombra Neto *et al.* (2022) com trabalhadores rurais e pescadores do Ceará, foi identificado grande número de pessoas com dificuldades psicológicas, em especial a ansiedade (49,3%) e a depressão (14,4%). De acordo com o levantamento realizado pelo IBGE em 2014 sobre a saúde no Brasil, 5,6% dos habitantes da zona rural já receberam diagnóstico de depressão e 3,4% apresentaram indícios da doença.

Um percentual de 43,6% e de 36,2% de TMC em mulheres foi constatado em um assentamento rural no Rio Grande do Norte (Costa; Dimenstein; Leite, 2014), e no Centro-Oeste do Brasil (Silva *et al.*, 2019), respectivamente. Ao analisar somente a

existência de sinais depressivos entre os entrevistados da zona rural de uma região do sul do país, foi verificado a presença de indícios em 35,4% dos indivíduos avaliados (Soares; Meucci, 2020).

Na presente pesquisa, 23,5% das entrevistadas relataram problemas geniturinários, como corrimento leve e esporádico, prurido e dor e/ou ardência ao urinar. Carvalho *et al.* (2021) destacam que essa é uma das preocupações mais frequentes. Em estudo retrospectivo com mulheres da zona rural do estado do Maranhão, as características relatadas foram: leucorréia, principalmente acompanhada de odor (11,4%) e/ou com prurido (10,4%). Além disso, a população estudada estava infectada pelo HPV em 6,6% dos casos (Rodrigues, 2022). Isso reflete que as especificidades da saúde da mulher ainda estão longe de serem compreendidas, necessitando-se de mais pesquisas.

Em um estudo que analisou a microscopia de sedimento urinário de trabalhadores rurais da pecuária leiteira, 3% dos trabalhadores apresentaram contagens bacterianas acentuadas na urina e 38% das amostras apresentaram de forma moderada. Também foi detectado que 8% dos trabalhadores possuíam mais de 3 glóbulos vermelhos por campo de observação e 6% dos trabalhadores tinham mais de 5 glóbulos brancos. A amostra foi composta por 67% de mulheres, mas o estudo não mostrou a prevalência da infecção entre os sexos. Esta informação é consistente com a evidência de infecções do trato urinário nesta população.

Quanto ao relato de ganho de peso, foi uma queixa de 20% das mulheres deste estudo. Vale ressaltar que não foram avaliados parâmetros antropométricos para as classes de peso dos entrevistados e não foi feita distinção entre obesidade geral e obesidade abdominal. A prevalência de obesidade em mulheres urbanas e rurais no sul do Brasil foi de 26,5% e 27,4%, respectivamente. Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE, 2014), residir na zona rural é um fator de prevalência de obesidade nas regiões Norte e Nordeste, assim como de obesidade abdominal em todas as regiões do Brasil.

Para Martins-Silva *et al.* (2019), critérios demográficos, sociais e culturais dividem a população do campo e da cidade, sendo identificados como influenciadores no aumento de peso corporal populacional. Além disso, a urbanização e modernização social, embora difíceis de avaliar, têm sido implicados no aumento da obesidade no rural brasileiro, o que pode inferir mudanças nos hábitos alimentares,

comportamento e padrões de estilo de vida (Martins-Silva, 2018). Para as mulheres em particular, a idade e a paridade tornam-se condições biológicas importantes, além dos aspectos socioeconômicos e ocupacionais que estão presentes (Silva *et al.*, 2019).

A obesidade geral e/ou abdominal está intensamente associada ao desenvolvimento de doenças como acidente vascular cerebral, hipertensão arterial sistêmica, alterações de colesterol e diabetes. Nesse estudo, o comprometimento das entrevistadas para os três últimos acometimentos citados foi de: 23,5%, 17,6% e 10,6%, respectivamente. Para Gonçalves *et al.* (2018), em estudo na cidade de Pelotas, foram evidenciados valores de prevalência de 37,7%, 11,5% e 22,3% respectivamente para essas doenças.

Em relação às lesões de pele, pode-se afirmar que múltiplos fatores interferem no aparecimento e evolução para lesões graves e câncer. A exposição solar é, de fato, o maior agravado. Os trabalhadores rurais, por sua vez, apresentam efeitos cumulativos e risco elevado devido ao início das atividades ainda jovens em jornada de trabalho sob os raios solares (Santos *et al.*, 2013). Evidenciou-se prevalência autorreferida de 12,9% em relação às lesões de pele, no entanto, as entrevistadas não citaram as lesões considerando-as como câncer.

Frente a isso, destaca-se a importância de uso de fator de proteção solar e equipamentos de proteção individual. Em um estudo realizado em uma cidade do Rio Grande do Sul, a prevalência do câncer de pele na população rural foi de 4,8%, acometendo proporção igual entre homens e mulheres (Francisco *et al.*, 2020). No Brasil, ele corresponde a aproximadamente 30% de todos os tumores malignos do país (Castro, 2018).

### **5.3 Letramento em saúde**

Apesar da importância que se tem demonstrado sobre o LS em âmbito mundial, estudos nacionais ainda precisam avançar, em especial aqueles que se destinam a analisar grupos populacionais ou minorias. O Brasil é um país continental, de maneira que as diferenças culturais, de ambiente, de estilo de vida, dentre fatores outros

diversos impactam significativamente nas condições de saúde de pessoas e comunidades.

Considerando a população rural como menor parcela do contingente nacional, este estudo evidenciou um nível de LS inadequado em quase dois terços da população estudada (63,5%). Em pesquisa realizada em USF de cidade do interior baiano na qual também teve destaque dados relativos à população do campo, foi constatado o nível de LS das participantes mulheres oriundas da área rural da cidade foi adequado em apenas 13,6% da amostra e inadequado em 86,4%, atingindo nível bem menor quando comparado ao das mulheres da zona urbana (Almeida *et al.*, 2023).

Em estudo que avaliou o LS associado a infecções sexualmente transmissíveis em população adolescente de comunidade rural de município brasileiro evidenciou LS ruim em 52,5%. Considerando-se que as infecções genitais estão relacionadas ao não uso do preservativo no momento da relação sexual, uma das consequências mais marcantes para a vida futura desses jovens foram as mudanças provocadas por uma gravidez não planejada na adolescência (Barbosa *et al.*, 2020).

Em se tratando de minorias populacionais, várias são as evidências, por exemplo, de baixo nível de LS em indivíduos autodeclarados não-brancos (Brasil, 2019; Moura *et al.*, 2019; Campos, 2020). Couture *et al.* (2017), traz como resultado um grupo de mulheres que se autodeclararam pardas e pretas e apresentaram probabilidade 8% maior para um baixo LS. Na China (Wang X, 2015), estudo mostrou que um inadequado nível de LS estava associado a menor renda e idade avançada. A amostra pertencia à minoria étnica e não tinha práticas de autocuidado devido uma rotina de vida estressante.

Considerando-se a relação entre LS e a faixa etária das entrevistadas, grau de escolaridade e classificação socioeconômica, este estudo mostrou correlação positiva apenas com este último. Ou seja, um maior nível de LS está presente nas classes B e C, sendo menor nas classes D e E. Almeida *et al.* (2023), encontraram evidências de níveis mais baixos de classificação econômica e de escolaridade em pacientes da zona rural quando comparadas àquelas da zona urbana. Em contrapartida, o nível de LS sofreu influência positiva pela faixa etária, escolaridade e classificação econômica na população urbana apenas, não sendo evidenciado na população rural.

Marques (2018), avaliou o LS por meio de um instrumento que considera a percepção dos indivíduos em relação às dificuldades encontradas frente às situações cotidianas da saúde. Observou associação significativa entre a percepção do LS e escolaridade e classificação socioeconômica. Uma melhor percepção de LS esteve mais presente entre indivíduos de estratificação social mais alta (A2/B1/B2). Há, ainda, evidências de que indivíduos em menor estrato socioeconômico usualmente têm maiores dificuldades para acessar serviços e receber informações de saúde (Ribas, Araújo, 2021).

A literatura aponta que a situação econômica e o grau de escolaridade não só interferem no LS, mas também podem estar associadas à pior percepção do indivíduo sobre a própria condição de vida (Ribas, Araujo, 2021). O nível econômico, por exemplo, está diretamente relacionado ao cuidado. Uma renda familiar baixa, priva a pessoa ou a família de obter alimentação de qualidade, remédios, itens de higiene, dentre outras necessidades básicas à vida e à saúde. Pode limitar, inclusive, a busca por atendimento, caso não haja meio de transporte disponível ao acesso aos serviços de saúde (Arruda, 2018; Wang, 2020).

Foi possível, então, evidenciar uma relação positiva entre o LS e o grau de escolaridade. Ou seja, indivíduos com mais escolaridade (ensino médio e superior) apresentaram melhor nível de LS (Ribas, Araújo, 2021). Em outras avaliações do LS por meio de instrumentos quantitativos, incluindo o SAHLPA identificou-se associação entre o pior LS e menor grau de escolaridade em vários estudos (Apolinário *et al.*, 2012; Sampaio, 2015; Cangussú, 2019).

A literatura aponta que o baixo nível de escolaridade pode comprometer acesso e uso de informações e, conseqüentemente, o processo de prevenção e tratamento de doenças (Andrade *et al.*, 2014; Shahin, 2019). Apresenta impactos diretos na qualidade de vida do indivíduo (Ribeiro *et al.*, 2018), e está relacionado às dificuldades de comunicação, que repercute em falhas ao expressar a necessidade em saúde ao profissional assistente, além de dificultar a busca por esclarecimentos sobre a doença que o acomete ou sobre o tratamento. Pode, ainda, limitar o entendimento das informações repassadas pelos profissionais (Hu, Qin, Xu, 2019).

Nos Estados Unidos, Andrade *et al.* (2014), constataram haver divergências no acesso e uso de informações entre população rural e urbana, além de a população rural apresentar uma menor capacidade de lidar com as próprias condições de saúde

e cuidado (Moreira *et al.*, 2015). Sugere-se que esse fato esteja associado à maior dificuldade de acesso a serviços de saúde por se tratar de área rural.

A relação LS e faixa etária, por sua vez, não apresentou correlação positiva nesse estudo, contrapondo-se ao evidenciado por De Pinho Barbosa (2022), em que se verificou que a idade mais elevada está associada a um pior LS. Da Silva (2020), encontrou interferência das variáveis idade, nível de instrução, situação socioeconômica quando avaliou mulheres acerca do câncer de colo uterino. Além dessas variáveis, a cor da pele também foi tida como fator de influência no nível de LS em estudo realizado por demonstrar que o tema está envolto por estruturas sociais complexas e que merecem ser melhor entendidas (Couture *et al.*, 2017; Ribas, Araújo, 2021).

Vale salientar que os elementos citados acima são considerados determinantes sociais. Ou seja, são agentes que interferem direta ou indiretamente na condição de vida do ser humano e na ocorrência de doenças, estando relacionadas a fatores de risco sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais (Almeida *et al.*, 2023). Pode-se dizer, portanto, que esses fatores estão associados, ainda, às habilidades de LS (Beauchamp, 2015).

O indivíduo encontra-se, nesse contexto, no topo da escala de importância, sendo ator social e representante de um território, com hábitos, costumes, necessidades e realidade de interação com o meio ambiente em constante transformação (Pessoa; Almeida; Carneiro, 2018; Souza *et al.*, 2018). Hábitos de vida, por exemplo, interferem na saúde da população rural, uma vez que apresenta maior risco para desenvolvimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), devido a diferenças na alimentação e prevalência de fumantes (Hirschmann *et al.*, 2020; Cobo, Cruz, Dick, 2021).

O trabalho no campo, baseado frequentemente na Agricultura Familiar, expõe essas pessoas a fatores de risco que podem afetar negativamente a saúde, tais como os de natureza física (acidentes), química (exposição a pesticidas, minerais ou metais pesados), biológica (dores musculares, parasitoses), mecânica, ergonômica e psicossocial (transtornos mentais e dependência química) (Dantas *et al.*, 2020).

Quanto à oferta de serviços de saúde, moradores de áreas rurais possuem menor acesso a cuidados e apresentam piores condições de saúde quando comparados à população urbana (Franco; Lima; Giovanella, 2021). Cita-se, ainda

fatores como escassez de profissionais dispostos a atuar nessas áreas devido a condições de trabalho em geral mais precárias, além de dificuldades de transporte e de acesso às unidades de saúde (Coimbra Jr., 2018). Savassi *et al.* (2018) e Seignemartin (2018), evidenciaram a forte desigualdade socioespacial na oferta de serviços, equipamentos e profissionais quando analisaram os serviços de Atenção Primária à saúde no Brasil.

A saúde da mulher também é precária. Silva (2015), traz elementos que evidenciam a má adequação dos profissionais que prestam assistência a essas comunidades. Há, por exemplo, a insuficiência da oferta de serviços de educação sexual, de planejamento familiar e de atendimento gineco-obstétrico, o que tira o protagonismo dessas mulheres na prevenção de doenças que poderiam ser evitadas se elas recebessem as devidas orientações e cuidados (Parreira, 2016).

Faz-se importante, então, valorizar as particularidades das pessoas pertencentes a diferentes grupos populacionais e, através das iniciativas da Estratégia de Saúde da Família (ESF), direcionar as intervenções de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de forma adequada e eficiente para as diversas populações que compõem o território brasileiro (Brasil, 2017).

Ao focar a saúde da mulher em contextos rurais, o estudo destaca a inadequação dos serviços disponíveis, evidenciando a falta de orientação e cuidados específicos. Isso ressalta a importância de programas de saúde, como a Estratégia de Saúde da Família, direcionarem suas intervenções de maneira mais adequada e eficiente para atender às necessidades específicas das mulheres nessas comunidades. Em síntese, a reflexão sobre o LS vai além da capacidade individual de compreensão; ela abrange questões sociais, econômicas e culturais que moldam a saúde das populações, exigindo uma abordagem holística e adaptada às diversas realidades do Brasil.

#### **5.4 Produtos da pesquisa**

Trata-se de produtos de editoração que abrangerão diversos aspectos envolvidos na problemática, em uma tentativa de alavancar a discussão sobre LS e promover uma sensibilização sobre as peculiaridades e reais necessidades da

população rural feminina. A partir dessa perspectiva, os produtos terão dois públicos principais de abrangência: a população do campo e os profissionais de saúde.

Seguindo a orientação da normativa do Grupo de Trabalho da CAPES (2019), sendo classificado como Material Didático, foi elaborado um produto com o objetivo de levar o tema ao alcance de um número importante de pessoas. Em linguagem simples e direta, as duas cartilhas, produtos desta pesquisa, têm como tema central o LS. A partir de ilustrações baseadas em xilogravuras, tem o intuito de aproximar o público-alvo da sua identidade, abrindo um leque de informações sobre saúde e bem-estar, autoconhecimento e interação com o meio ambiente e relações de trabalho, sociedade, família, dentre outros.

A primeira cartilha foi destinada a pacientes, a fim de melhorar o entendimento sobre sua condição de vida e saúde. A segunda cartilha foi destinada aos profissionais de saúde, buscando sensibilizá-los sobre o LS, para que melhorem suas práticas de assistência à saúde a partir do modelo preconizado pelo LS.

A escolha pela edição da cartilha deu-se por se tratar de uma proposta de apresentação leve e dinâmica do conteúdo, pré-requisitos necessários a materiais informativos e educativos que busquem o conhecimento de um tema com o maior alcance possível (Giordani, 2020). A partir do planejamento e execução intelectual e gráfica do instrumento educativo, as cartilhas contam com visual atraente e que permite a fácil e rápida leitura, com linguagem objetiva e clara, além da fidedignidade das informações (ABNT, 2005).

Esse instrumento de editoração busca aumentar o entendimento sobre o LSF e saúde da mulher, facilitando o entendimento do conteúdo e a memorização das informações. Os subtemas mais importantes no contexto da educação em saúde foram elencados a partir do levantamento e análise estatística dos dados da pesquisa a partir das respostas das atoras sociais deste trabalho.

O material foi preparado em formato digital, a ser divulgado em meios eletrônicos de comunicação, e físico, devendo ser impresso e distribuído à população a que se destina. Apresenta um potencial de alcance que acompanha a difusão das mídias digitais, propagando, em linguagem objetiva e clara, informações confiáveis sobre LS, autocuidado, relação saúde e meio ambiente, dentre outros. Pode atingir profissionais e pacientes de todos os cantos do país. A reprodução do material apresenta custo mínimo, em especial no formato digital, podendo ser impresso,

representando um material de uso prático, bastando um papel simples para impressão, replicabilidade, divulgação e leitura.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Longe de almejar discutir conceitos, seja de saúde, de letramento ou letramento em saúde, esta pesquisa representa um desejo de mudança, diante de uma inquietude frente à realidade observada na prática docente e exercício da medicina. A reflexão volta-se para o contingente de mulheres que vivem à margem da autogerência e do autocuidado. A distância em ser protagonista da sua própria vida é o que representa o baixo nível de LS evidente nesse trabalho.

Entende-se, porém, que o LS pode ser uma dupla via para a construção do indivíduo autônomo. Investigar o nível de LS da população pode ajudar a entender e a justificar as necessidades em saúde nas quais se encontra o usuário. Por outro lado, investir na melhora do LS da população pode representar melhorias nas condições de vida das pessoas, na busca por elevaçãodos índices de promoção, prevenção e cuidado adequados.

A mulher que representa a força da Agricultura Familiar que prevalece no país, também é aquela que organiza o lar, que distribui melhor o orçamento de casa, que disciplina os filhos. É a mesma mulher que realiza as atividades no campo, “ajudando” na lida diária. E é ainda aquela que não tem representatividade social, que não tem, sequer, uma escuta qualificada, sensível às suas necessidades, às suas dificuldades e que não lhe representa.

Chama-se a atenção para conceitos que são expressos e compreendidos, mas que devem urgentemente ser aplicados, respeitando-se distintas formas de existir de pessoas e comunidades, que possuem hábitos, culturas, necessidades, desejos diferentes e os mais variados arranjos organizacionais. A compreensão necessária é aquela que leva em consideração todos esses elementos intrínsecos e constrói um sistema de saúde que “dialogue” com seus usuários.

Não se trata, porém, de desenvolver estratégias que imponham decisões sobre saúde à população, mas sim de criar condições e espaços para capacitar os mais vulneráveis a fazerem escolhas conscientes. Além disso, deve-se conscientizar e capacitar equipes de saúde sobre o assunto, de forma que a comunicação seja eficaz. Afinal, profissional e paciente devem-se entender e ser entendidos. Esse é o modelo de diálogo igualitário entre profissionais de saúde e comunidade, entre políticas públicas e usuários do sistema de saúde de fato universal, a partir de uma construção

coletiva capaz de realizar mudanças sociais e, ao mesmo tempo, transformar cenários de opressão e desigualdade que colocam a saúde em risco dentro de um contexto de vulnerabilidades.

## REFERÊNCIAS

ABDRAHIM, S. N. H. *et al.* A prevalência de alfabetização em saúde limitada e seus fatores associados entre pacientes idosos atendidos em uma Clínica Acadêmica Urbana de Atenção Primária na Malásia. **Revista Internacional de Pesquisa Ambiental E Saúde Pública**, v. 18, n. 17, pág. 9044, 2021.

ALMEIDA, E. S de; PEROBELLI, F. S.; FERREIRA, P. G. C. Existe convergência espacial da produtividade agrícola no Brasil? **Revista de Economia e Sociologia Rural**, v. 46, p. 31-52, 2008.

ALMEIDA, L. de S. *et al.* Menor nível de letramento em saúde em pacientes provenientes da zona rural. **Revista Portal: Saúde e Sociedade**. 2023 [no prelo].

ALKIRE, Sabina *et al.* O índice de empoderamento das mulheres na agricultura. **Desenvolvimento mundial**, v. 52, p. 71-91, 2013.

ALVARENGA, C. *et al.* **Caderneta Agroecológica e os Quintais** – Sistematização da produção das mulheres rurais no Brasil. Belo Horizonte: Centro de Tecnologias Alternativas da Zona da Mata, 2018.

ANDRADE J. M. *et al.* Influence of socioeconomic factors on the quality of life of elderly hypertensive individuals. **Cien Saude Colet**. 2014 Aug;19(8):3497-504. doi: 10.1590/1413-81232014198.19952013.

ANJOS, E. G. dos; ROCHA, A. G. P.; DE OLIVEIRA SILVA, D. O cooperativismo como estratégia de fortalecimento da Agricultura Familiar na Bahia: uma análise baseada no Censo Agropecuário 2017. **DRd-Desenvolvimento Regional em Debate**, v. 12, n. ed. esp. 2 (DossieCooperativismo), p. 8-31, 2022.

ANTUNES, R. **O privilégio da servidão**: o novo proletariado de serviços na era digital. São Paulo: Ed. Boitempo, 2018. \_\_. Uberização, trabalho digital e pós-pandemia. Programa Especial Mais-Esquerda [online]. Canal TV, v. 247.

APOLINARIO, D. *et al.* Short assessment of health literacy for portuguese-speaking adults. **Rev Saude Publica**. 2012;46(4):702-11. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000047>. PMID:22782124.

ARRUDA, N. M., MAIA, A. G., ALVES, L. C. Inequality in access to health services between urban and rural areas in Brazil: a disaggregation of factors from 1998 to 2008. **Cad Saude Publica**. 2018 Jun 21;34(6):e00213816. doi: 10.1590/0102-311X00213816.

Associação Brasileira de Agroecologia (ABA). **Mulheres e Agroecologia**. Sistematização de Experiências. 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). **ABNT NBR 10518**: Informação e documentação – Guias de unidades informacionais – Elaboração. Rio de Janeiro, Brasil, 2005.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). **Critério Brasil**: Critério de Classificação Econômica Brasil 2012: base LSE 2010. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil> Acesso em: 14 abril. 2021.

BAIG, I. A. *et al.* Impact of women empowerment on rural development in Southern Punjab, Pakistan. **Quality & Quantity**, v. 52, p. 1861-1872, 2018.

BARTRA VERGÉS, A. **Os novos camponeses**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2011.

BARBOSA, F. K. M. *et al.* **Letramento em saúde de adolescentes sobre métodos contraceptivos**. Cogitare enferm. [Internet]. 2020.

BEAUCHAMP, A. *et al.* Distribution of health literacy strengths and weaknesses across socio-demographic groups: a cross-sectional survey using the Health Literacy Questionnaire (HLQ). **BMC Public Health**. 2015;15(1):678. <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-015-2056-z>. PMID:26194350.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **SINAN**: Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=29878153>. Acesso em: 03 abr. 2021.

BRASIL. **Lei nº 12.512, de 14 de outubro de 2011**. Institui o Programa de Apoio à Conservação Ambiental Programa de Fomento às Atividades Produtivas Rurais; altera as Leis nºs 10.696, de 2 de julho de 2003, 10.836, de 9 de janeiro de 2004, e 11.326, de 24 de julho de 2006. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, p. 1-1, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 12 dez. 2012. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html). Acesso em: 03 abr. 2021.

BRASIL(a). Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017** - Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>»<http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>. Acesso em: 09 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. 1. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 52p. Disponível em:

<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_populacoes\\_campo.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf)>. Acesso em: 02 jul. 2019.

BRASIL(b). **Decreto no 9.064, de 31 de maio de 2017**. Dispõe sobre a Unidade Familiar de Produção Agrária, institui o Cadastro Nacional da Agricultura Familiar e regulamenta a Lei n. 11.326, de 24 de julho de 2006, que estabelece as diretrizes para a formulação da Política Nacional da Agricultura Familiar e empreendimento familiares rurais. Brasil, 2017. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2017/Decreto/D9064.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Decreto/D9064.htm). Acesso em: 02 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 maio 2016. Seção 1. p. 44-46. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2022.

BUENO, ANDRÉ LUIS; LOPES, MARTA JULIA. Mulheres rurais e violências: leituras de uma realidade que flerta com a ficção. **Ambiente & Sociedade**, v. 21, 2018.

CAMPOS, A. A. L. *et al.* Fatores associados ao letramento funcional em saúde de mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 28, p. 66-76, 2020.

CANGUSSÚ, L.R.E *et al.* Avaliação do nível de letramento em saúde em pacientes provenientes da zona rural do município de Paulo Afonso/BA. In: II Congresso Internacional Interdisciplinar em Extensão Rural e Desenvolvimento. **Anais...Juazeiro(BA) UNIVASF**, 2019. Disponível em: <https://www.even3.com.br/anais/ciierd2019/224702-AVALIACAO-DO-NIVEL-DE-LETRAMENTO-EM-SAUDE-EM-PACIENTES-PROVENIENTES-DA-ZONA-RURAL-DO-MUNICIPIO-DE-PAULO-AFONSOBA>. Acesso em: 11 abr. 2021.

COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR (CAPES). **Produção técnica** - relatório de grupo de trabalho: orientação CAPES. Brasília: CAPES/MEC, 2019.

CAPORAL, F. R. *et al.* **Agroecologia**: uma nova ciência para apoiar a transição a agricultura mais sustentável. Brasília, 2009.

CARVALHO, N, S. de *et al.* Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: infecções que causam corrimento vaginal. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, 2021.

CASTRO, D. S. P. *et al.* Câncer de pele em idosos rurais: prevalência e hábitos de prevenção da doença. **Saúde e Pesquisa**, v. 11, n. 3, p. 495-503, 2018.

CAUMO, A. J.; STADUTO, J. A. R.; SOUZA, M. de. Distribuição espacial das trabalhadoras rurais na Agricultura Familiar no nordeste do Brasil. **Revista Retratos de Assentamentos**, v.18, n.1, 2015.

CENTRO DE ESTUDOS AVANÇADOS EM ECONOMIA APLICADA (CEAEA). **Mulheres no agronegócio**, 2021, 1(1):1-13.

CHRISTMAN, J. **Autonomy in Moral and Political Philosophy**. Stanford Encyclopedia of Philosophy, Stanford, mar. 2015. Disponível em: <https://plato.stanford.edu/entries/autonomy-moral/>. Acesso em: 02 jun. 2023.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES). **CNES**. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>. Acesso em: 27 de jul. 2023.

COBO B, CRUZ C, DICK PC. Gender and racial inequalities in the access to and the use of Brazilian health services. **Cien Saude Colet**. 2021 Sep;26(9):4021-32. doi: 10.1590/1413-81232021269.05732021.

COIMBRA Jr. C. E. A. Saúde rural no Brasil: tema antigo mais que atual. **Rev. Saúde Pública**, 2018; 52 Suppl 1:2s.

COSTA, M. C. da *et al.* Mulheres rurais e situações de violência: fatores que limitam o acesso e a acessibilidade à rede de atenção à saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.38, n.2, p.1-8, Jul. 2017.

COSTA, M. da G. S. G. da; DIMENSTEIN, M. D. B.; LEITE, J. F. Condições de vida, gênero e saúde mental entre trabalhadoras rurais assentadas. **Estudos de Psicologia (natal)**, v. 19, p. 145-154, 2014.

COUTO FILHO, V. de A. **Agricultura Familiar e desenvolvimento territorial: um olhar da Bahia sobre o meio rural brasileiro**. Brasília: MDA; Rio de Janeiro: Garamond, 2007.

COUTURE, É. M. *et al.* The relationship between health literacy and quality of life among frequent users of health care services: a cross-sectional study. **Health and Quality of Life Outcomes**, 2017. 15(1), 137. <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0716-7>

CUNHA JÚNIOR, J. M, da. *et al.* **Microcrédito e empoderamento feminino: o caso do Crediamigo no Ceará**. 2022.

DA SILVA, E. G. *et al.* Letramento em saúde e prevenção do câncer do colo de útero. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 7, p. 43439-43448, 2020.

DANTAS, C. M. B. *et al.* Território e determinação social da saúde mental em contextos rurais. **Athenea Digital**, v. 20, n. 1, 2020.

DE LUCENA MOTA, M. *et al.* As políticas de microcrédito na região metropolitana de Recife: a participação e o empoderamento das mulheres no programa Crediamigo. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 4, p. 38198-38211, 2021.

DE PINHO BARBOSA, S. *et al.* Letramento em saúde como estratégia de promoção da saúde: um estudo de revisão narrativa. **Conjecturas**, v. 22, n. 7, p. 211-233, 2022.

DELGADO, Guilherme Costa. A questão agrária no Brasil, 1950-2003. In: JACCOUD, L. (org.). **Questão Social e Políticas Sociais no Brasil Contemporâneo**. Brasília: IPEA, 2005, p. 51-90.

DEERE, C. D.; LEÓN, M. **O empoderamento da mulher**: direitos à terra e direitos de propriedade na América Latina. Porto Alegre, RS: UFRGS, 2002. 501 p.

DIRETORIA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE (DIRES). **DIRES**. 2018. Disponível em [http://www1.saude.ba.gov.br/dis/municipios\\_dires\\_letra\\_P.html](http://www1.saude.ba.gov.br/dis/municipios_dires_letra_P.html). Acesso em: 26 de set. 2022.

DONATO JÚNIOR, E. P. *et al.* Perfil socioeconômico em comunidade agricultores familiares em Carinhanha-Ba. **Anais...** Semana de Agronomia UESB. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. 2017.

EBLING, S. B. D. *et al.* As mulheres e suas 'lidas': compreensões acerca de trabalho e saúde. **Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.3, n.13, p.581-596, Set. 2015.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA AGRICULTURA E ALIMENTAÇÃO (FAO). **Tackling climate change through rural women's empowerment**, 2018. Disponível em: <http://www.fao.org/3/ca0178en/CA0178EN.pdf>. Acesso: 6 jan. 2020

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA AGRICULTURA E ALIMENTAÇÃO (FAO). **O estado da alimentação e agricultura**, 2022. FAO, Roma, 2022.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA AGRICULTURA E ALIMENTAÇÃO (FAO). FIDA, OPS, PMA y UNICEF. 2023. **Panorama regional de la seguridad alimentaria y nutricional** – América Latina y el Caribe 2022: hacia una mejor asequibilidad de las dietas saludables. Santiago de Chile, 2023.

FERNANDES, B. M. Movimentos socioterritoriais e movimentos socioespaciais: contribuição teórica para uma leitura geográfica dos movimentos sociais. **Revista Nera**, n. 6, p. 24-34, 2012.

FERRAZ, L.; MARCHIORI, P. M. Gestante agricultora: agravos e riscos ocupacionais. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v.27, n.2, p.190-198, Ago. 2016.

FERREIRA, A. P. L. Agricultoras do Pajeú: feminismo e Agroecologia no semiárido brasileiro. **PEGADA-A Revista da Geografia do Trabalho**, v. 17, n. 1, 2016.

FRANCISCO, P. M. S. B. *et al.* Prevalência de diagnóstico e tipos de câncer em idosos: dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 23, 2020.

FRANCO, C. M.; LIMA, J. G.; GIOVANELLA, L. Atenção primária à saúde em áreas rurais: acesso, organização e força de trabalho em saúde em revisão integrativa de literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, 2021.

FRANCO-BENATTI, D. de M.; NAVARRO, V. L.; PRAUN, L. Exploração e precariedade na nova dinâmica produtiva nos canaviais e a persistência do desgaste e adoecimento do trabalho. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 23, n. 1, p. 29-50, 2020.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 17ª ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1987.

GIL, A. C. *et al.* **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

GIORDANI, A. T. **Normas editoriais, orientação aos autores: cartilhas**. Cornélio Procópio: Editora UENP, 2020.

GIRÃO, A. C. *et al.* Análise da associação entre adesão terapêutica e letramento em saúde em hipertensos. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 11, 2021.

GOLDBERG, D. P.; HUXLEY, P. **Common mental disorders: a bio-social model**. Tavistock/Routledge, 1992.

GONÇALVES, H. *et al.* Estudo de base populacional na zona rural: metodologia e desafios. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, 2018.

GOOGLE MAPS. **Ilha de Paulo Afonso**, 2018. Disponível em: <https://www.google.com.br/maps/search/ILHA+paulo+afonso/@9.3934881,38.2511505,13z>. Acesso em: 3 set. 2018.

GROSSI, P. K.. **Feminismo Interseccional: Os determinantes de gênero, raça/etnia e geração na vida de mulheres quilombolas**. Veias feministas: Memória, desafios e perspectivas para a mulher do século 21. Editora Bonecker, 2017.

HAESBAERT, R. **Identidades e territórios: questões e olhares contemporâneos**. Rio de Janeiro: Access, 2007. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/paulo-afonso/panorama>. Acesso em 28 ago. 2018. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/pauloafonso/pesquisa/38/47001?tipo=ranking&ano=2015>. Acesso em: 28 ago. 2018.

HIRSCHMANN R, C. C. *et al.* Simultaneity of risk factors for chronic non-communicable diseases in a rural population of a Southern Brazilian city. **Rev Bras Epidemiol**. 2020;23:e200066. doi: 10.1590/1980-549720200066.

HU, Z; QIN, L.; XU, H. Association between diabetes-specific health literacy and health-related quality of life among elderly individuals with pre-diabetes in rural Hunan Province, China: a cross-sectional study. **BMJ open**. 2019; 9(8):e028648. doi: 10.1136/bmjopen-2018-028648

IASI, M. L. **Ensaio sobre consciência e emancipação**. São Paulo: Expressão Popular, 2009

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Divisão territorial do Brasil e limites territoriais**. Rio de Janeiro, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa de população do último censo, 2010**. Rio de Janeiro, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa revisada sobre o Produto Interno Bruto (PIB)**. Rio de Janeiro, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas: Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação**. Rio de Janeiro, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades e estados do Brasil**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/paulo-afonso/panorama>. Acesso em: 05 ago. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo agropecuário, 2017**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/paulo-afonso/pesquisa/24/27745>. Acesso em: 05 jul. 2023.

KOBAYASHI, L. C. *et al.* A função cognitiva e a alfabetização em saúde diminuem em uma coorte de adultos ingleses idosos. **Revista de medicina interna geral**, v. 30, p. 958-964, 2015.

LEA, M. S. *et al.* Can protected areas contribute to poverty reduction? Opportunities and limitations. **IUCN, Gland, Switzerland and Cambridge, UK**. Viii + 60 p. 2004.

LIU, C. *et al.* Qual é o significado da alfabetização em saúde? Uma revisão sistemática e síntese qualitativa. **Medicina de Família e Saúde Comunitária**, v. 8, n. 2, 2020.

MARTINS, J. de S. **Os camponeses e a política no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1981.

MARQUES, T. G.; TEIXEIRA, A. B. M.; GONÇALVES, L. A. O. As filhas universitárias das mães agricultoras com baixa escolaridade: uma análise da condição juvenil das moças da roça. Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women's Worlds Congress (**Anais Eletrônicos**), Florianópolis, 2017.

MARQUES, S. R. L.; ESCARCE, A. G.; LEM/OS, S. M. A. Letramento em saúde e autopercepção de saúde em adultos usuários da atenção primária. *In*: **CoDAS**. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, 2018.

MARTINS-SILVA, T. *et al.* Obesidade geral e abdominal em adultos residentes em zona rural no Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, 2018.

MARTINS-SILVA, T. *et al.* Prevalências de obesidade em zonas rurais e urbanas no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, 2019.

MERLINO, T; MENDONÇA, M. L. (Org.). **Direitos Humanos no Brasil 2011: Relatório da Rede Social de Justiça e Direitos Humanos**. São Paulo: Rede Social de Justiça e Direitos Humanos, 2011. Disponível em: [https://www.social.org.br/DH\\_2011\\_ALTA.pdf](https://www.social.org.br/DH_2011_ALTA.pdf). Acesso em: 20 mar. 2019.

MENDONÇA, K. V. de; SOARES, R. B. Trajetória de crescimento para microempreendedores: Diferencial de gênero dos clientes do programa Crediamigo. **Estudos Econômicos** (São Paulo), v. 46, p. 701-731, 2016.

MOREIRA J. P. L. *et al.* A saúde dos trabalhadores da atividade rural no Brasil. **Cad Saúde Pública**. 2015; 31(8):1698-708. doi: 10.1590/0102-311X00105114

MOTA, D. M. da. Trabalhadores na agricultura “sem margem de manobra”: um fenômeno global com face local? **Raizes**, v. 22, n. 01, p. 24–29, 2004.

MOURA, N. S., *et al.* Literacy in health and self-care in people with type 2 diabetes mellitus. **Rev. Bras. Enferm**, v. 72, n.3, p. 700–706, 2019.

NEIRA, D. P.; MONTIE, M. S. Alimentación, agroecología y feminismo: superando los tres sesgos de la mirada occidental. In: **Gênero, Agroecologia y soberania alimentaria: perspectivas ecofeministas**. Emma Siliprandi y Gloria Patricia Zuluaga (org.), Barcelona, 2014.

OLIVEIRA, A. U.; MARQUES, M. I. M. (Orgs.). **O campo no século XXI: território de vida, de luta e de construção de justiça social**. São Paulo: Editora Casa Amarela e Editora Paz e Terra, 2004.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Mulheres rurais têm participação central na alimentação mundial 2021**. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/151824-mulheres-rurais-t%C3%AAm-papel-central-na-alimenta%C3%A7%C3%A3o-mundial>. Acesso em: 20 set. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS)/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Saúde mental depende de bem-estar físico e social, diz OMS em dia mundial**. Publicado em 10/10/2016 Atualizado em 10/10/2016. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/saude-mental-depende-de-bem-estar-fisico-e-social-diz-oms-em-dia-mundial>. Acesso em: 05 nov. 2018.

PNOTÍCIAS. **Paulo Afonso tem primeiro caso da Covid-19 confirmado**. Disponível em: <https://pnoticias.com.br/noticia/coronavirus/236122-paulo-afonso-tem-primeiro-caso-da-covid-19-confirmado>. Acesso em: 21 abr. 2020.

PARREIRA, B. D. Miranda *et al.* Sintomas de depressão em mulheres rurais: fatores sociodemográficos, econômicos, comportamentais e reprodutivos. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, p. 375-382, 2017.

PARREIRA, B. D. M. **Saúde mental e reprodutiva de mulheres em área rural de Uberaba-Minas Gerais**. 2016. (Tese de Doutorado). Universidade de São Paulo. São Paulo, 2016.

PASSAMAI, M. da P. B. *et al.* Letramento funcional em saúde: reflexões e conceitos sobre seu impacto na interação entre usuários, profissionais e sistema de saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, p. 301-314, 2012.

PEREIRA, R. S. **Práticas e eventos de letramento no contexto da estratégia de saúde da família**. 2022.

PERRIN, A. *et al.* Usando o Brief Health Literacy Screen em cuidados crônicos em ambientes hospitalares franceses: validade de conteúdo de relatórios de pacientes e profissionais de saúde. **Revista Internacional de Pesquisa Ambiental e Saúde Pública**, v. 1, pág. 96, 2021.

PESSOA, V. M.; ALMEIDA, M. M.; CARNEIRO, F. F. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil? **Saúde em Debate**, v. 42, p. 302-314, 2018.

PLOEG, J. D. van der. **Camponeses e impérios alimentares: lutas por autonomia e sustentabilidade na era da globalização**. Porto Alegre: UFRGS, 2008.

PONTES, A. G. V. *et al.* NASF-AB no campo e nas águas: o cuidado em torno do trabalho, ambiente e saúde de famílias agricultoras e pescadoras. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 20, 2022.

RIBAS, KH; ARAÚJO, AHIM de. A importância da Literacia em Saúde nos Cuidados Básicos: revisão integrativa da literatura. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, [S. l.], v. 16, pág. e493101624063, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i16.24063. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/24063>. Acesso em: 17 set. 2023.

RIBEIRO K. G. *et al.* Educação e saúde em uma região em situação de vulnerabilidade social: avanços e desafios para as políticas públicas. **Interface (Botucatu)**. 2018; 22(suppl.1):1387-98. doi: 10.1590/1807-57622017.0419

RODRIGUES, H. J. C. *et al.* Prevalência de vulvovaginites em mulheres da zona rural. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 3, p. e2611326192-e2611326192, 2022.

SAMPAIO, H.A. Letramento em saúde de diabéticos tipo 2: fatores associados e controle glicêmico. **Cien Saude Colet**. 2015;20(3):865-74. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015203.12392014>. PMID:25760126.

SANTOS, L. R. S. *et al.* **O território camponês sob o enfoque de gênero: a divisão sexual do trabalho e a Agroecologia.** 2013.

SANTOS, M. de O. *et al.* Estimativa de incidência de câncer no Brasil, 2023-2025. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 69, n. 1, e-213700, 2023.

SAVASSI, L. C. M. *et al.* (Org.). **Saúde no caminho da roça.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018.

SCORTEGAGNA, H. de M. *et al.* Letramento funcional em saúde de idosos hipertensos e diabéticos atendidos na Estratégia Saúde da Família. **Escola Anna Nery**, v. 25, p. e20200199, 2021.

SEIGNEMARTIN, B. A. Letramento em saúde e adesão ao tratamento medicamentoso de pacientes diabéticos tipo 2 em um hospital terciário. 2018. (Dissertação). Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2018.

SHAHIN W, K. G.A. Stupans I. The impact of personal and cultural beliefs on medication adherence of patients with chronic illnesses: a systematic review. **Patient preference and adherence**. 2019; 13:1019-35. doi: 10.2147/PPA.S212046

SILIPRANDI, E. C. Mulheres e Agroecologia : a construção de novos sujeitos políticos na Agricultura Familiar. **Revista Brasileira de Agroecologia**, v. 4, n. 3, p. 114–116, 2009.

SILIPRANDI, E. C. **Mulheres e Agroecologia:** transformando o campo, as florestas e as pessoas. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2015.

SILVA, A. C. da. *et al.* Prevalência e fatores associados ao transtorno mental comum em assentados rurais. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 15, n. 1, p. 23-31, 2019.

SILVA, F. C. M. *et al.* **A Política Nacional de Saúde Integral das populações do campo, da floresta e das águas e o ambiente.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Cap. 1, p. 13.

SILVA, M. de L. V. da. **Gritos, silêncios e sementes:** as repercussões do processo de des-reterritorialização empreendido pela modernização agrícola sobre o ambiente, o trabalho e a saúde de mulheres camponesas na Chapada do Apodi/CE. 2014. 364f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento e Meio Ambiente, Fortaleza, 2014.

DA SILVA, N. S.; DOS SANTOS, T. M. S. Turismo e infraestrutura urbana: um diagnóstico sobre os núcleos receptores de Cipó, Glória, Paulo Afonso e Tucano (BA). **Cultura, Bahia**, p.1-5, 2010.

SILVA, P. A. dos S. da. *et al.* Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados entre idosos de um município do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 639-646, 2018.

SOARES, É. F.; REIS, S. C. G. B.; FREIRE, M. do C. M. Características ideais do cirurgião-dentista na estratégia saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 12, p. 327-341, 2014.

SOARES, Pedro San Martin; MEUCCI, Rodrigo Dalke. Epidemiologia dos transtornos mentais comuns entre mulheres na zona rural de Rio Grande, RS, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 8, p. 3087-3095, 2020.

SOEJIMA, Fatima Mitie. **Educação e formação humana: uma discussão sobre o conceito de autonomia discente**. 2008. 160f. (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo, 2008.

SOMBRA NETO, Luís Lopes *et al.* Condições de vida e saúde de famílias rurais no sertão cearense: desafios para Agenda 2030. **Saúde em Debate**, v. 46, p. 148-162, 2022.

SORENSEN, K. *et al.* (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. **BMC Public Health**, Maastricht, v.12, n.80, p.1-13, Jan. 2012.

SOUZA, Sonimar de *et al.* Uma revisão narrativa associando a vulnerabilidade à saúde e os fatores ambientais dos trabalhadores rurais. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 16, n. 4, pág. 503-508, 2018.

STADUTO, Jefferson Antonio Raimundo. Desenvolvimento e gênero: um olhar sobre o rural a partir da perspectiva de Amartya Sen. **Desenvolvimento rural e gênero: abordagens analíticas, estratégias e políticas públicas**, p. 69-95, 2015.

STADUTO, J. A. R.; ALVES NASCIMENTO, C.; DE SOUZA, M. Ocupações e renda das mulheres e homens no rural do estado do Paraná, Brasil: uma perspectiva de gênero. **Cuadernos de Desarrollo Rural**, v. 10, n. 72, p. 91-115, 2013.

TORONTO, C. E.; WEATHERFORD, B. Health literacy education in health professions schools: an integrative review. **Journal of Nursing Education**, v. 54, n. 12, p. 669-676, 2015.

TREZONA, A.; ROWLANDS, G.; NUTBEAM, D. Progress in implementing national policies and strategies for health literacy—what have we learned so far?. **International journal of environmental research and public health**, v. 15, n. 7, p. 1554, 2018.

UNESCO-UNITED NATIONS EDUCATIONAL, SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION. World illiteracy in the mid-century: a statistical study. 1957. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000002930>. Acesso em: 29 jul. 2023.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA (UFBA) – Instituto de Saúde Coletiva. **Retrospectiva 2021**. Disponível em: <http://www.isc.ufba.br/retrospectiva-2021-bolsa->

familia-ajudou-a-reduzir-a-mortalida-infantil-em-17-aponta-estudo/. Acesso em: 20 mar. 2023

VIEIRA, Betiane Figueredo. ANÁLISE INTEGRADA DOS INDICADORES SOCIOECONÔMICOS PARA O ESTUDO DO PROCESSO DE DESERTIFICAÇÃO NO POLO DE JEREMOABO-BA. **Anais...** Seminários de Iniciação Científica, n. 20, 2016.

VIEIRA, M. G. M.; GONÇALVES, L. F. S.; KORZ, C. Mulheres e Agroecologia: uma reflexão em defesa **da vida**. **Cadernos de Agroecologia**, v. 15, n. 2, 2020.

VISSCHER, B. B. *et al.* Evidence on the effectiveness of health literacy interventions in the EU: a systematic review. **BMC public health**, v. 18, p. 1-12, 2018.

WANG, X. *et al.* Investigation of residents' health literacy status and its risk factors in Jiangsu Province of China. **Asia Pac J Public Health**. 2015 Mar;27(2):NP2764-72. doi: 10.1177/1010539513487012.

WANG, W. *et al.* The Urban-Rural Disparity in the Status and Risk Factors of Health Literacy: A Cross-Sectional Survey in Central China. **Int J Environ Res Public Health**. 2020 May 29;17(11):3848. doi: 10.3390/ijerph17113848.

WORLD HEALTH COMMUNICATION ASSOCIATES (WHCA). **Health Literacy “The Basics” Revised Edition**. World Health Communication Associates Ltd., 2011. 74p. Disponível em: <http://www.whcaonline.org/uploads/publications/HL-FINAL-14.7.2011-2.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Health promotion glossary**. Geneva: World Health Organization, 1998. Disponível em: [http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR %20Glossary%201998.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf). Acesso em: 02 jun. 2023.

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.**

**APÊNDICE 2 – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE IMAGEM E VOZ.**

**APÊNDICE 3 – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO.**

**APÊNDICE 4 – CARTILHA LETRAMENTO EM SAÚDE – PACIENTES.**

**APÊNDICE 5 – CARTILHA LETRAMENTO EM SAÚDE – PROFISSIONAIS DE  
SAÚDE.**

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS)

Convidamos a senhora para participar como voluntária da pesquisa intitulada LETRAMENTO EM SAÚDE DE MULHERES EM COMUNIDADES RURAIS DO INTERIOR DA BAHIA, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Diana Maria Alexandrino Pinheiro, endereço: Rua Floriano Peixoto, número 1107, sala 07, Bairro Centro, Paulo Afonso/BA, CEP 48601-210. Email: diana.pinheiro@univasf.edu.br.

Também participam desta pesquisa os pesquisadores: David Fernandes Lima (telefone para contato: 75 - 99205-6773), estando sob a orientação de Monica Lopes Folena Araujo (telefone para contato: 81 - 09980-9073, e-mail: monica.folena@gmail.com).

Todas as dúvidas da senhora podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e a senhora concorde com a realização do estudo, pedimos que rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com pesquisador responsável.

A senhora é livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite, não haverá nenhum problema, desistir é seu direito, bem como será possível desistir de participar em qualquer fase da pesquisa, sem nenhuma penalidade.

### INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

➤ **Descrição da pesquisa:** a saúde da população que vive na área rural do Brasil sofre diretamente a ação de agentes ambientais, sociais, raciais e de gênero, tendo interferência de fatores econômicos, tecnológicos e organizacionais relacionados ao perfil de produção, representados por riscos físicos, químicos, biológicos, mecânicos e ergonômicos inerentes aos processos de trabalho. Além disso, há ainda a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, e a má adequação dos profissionais que prestam assistência a essas comunidades. Em se tratando de saúde da mulher, em especial daquela que reside na zona rural, há fatores como iniciação precoce à vida sexual, falta de acesso às orientações em saúde e educação sexual, um modelo de sociedade de submissão feminina, violência doméstica, sobrecarga de trabalho, exposição a agrotóxicos, dentre outros. A pesquisa se faz necessária, portanto, por possibilitar o conhecimento e a avaliação de uma realidade quando se trata da atenção à saúde da mulher, em especial à mulher da zona rural, cuja rotina e modo de vida apresentam peculiaridades que podem repercutir direta ou indiretamente na qualidade de vida da mesma, dentre estas, o nível de letramento em saúde.

➤ **Objetivos:** compreender a capacidade de entendimento em saúde de mulheres residentes em comunidades rurais do município de Paulo Afonso, no interior da Bahia, a partir de sua própria visão sobre as práticas da vida diária e das suas tarefas de casa e do campo, bem como o perfil sociodemográfico relacionado às condições de saúde, ao ambiente e aos processos de organização de trabalho nos quais estão inseridas.

➤ **Detalhamento da pesquisa:** a pesquisa se dará com mulheres que façam parte das Unidades de Saúde da Família da área rural da cidade de Paulo Afonso

(Várzea, Juá, Malhada Grande, Riacho, São José, Boa Esperança), no momento em que estiver em espera para atendimento médico ou de enfermagem. Haverá aplicação de 03 questionários, de maneira didática, respeitando o horário de chamamento para atendimento pela equipe de saúde. A voluntária será levada para local isolado, para que ninguém escute as respostas, a não ser a pesquisadora responsável. Haverá, ainda, perguntas para que a mulher responda com suas próprias palavras, de maneira breve, sobre o que acha da sua unidade de saúde e do atendimento da equipe, e o que poderia melhorar no serviço de atendimento à mulher.

➤ **RISCOS diretos para o voluntário:** neste projeto, os riscos são inerentes à divulgação de informações sigilosas sobre os entrevistados e a possibilidade de frustração das participantes da pesquisa a respeito do resultado indivíduo da literância em saúde. De forma a minimizar os possíveis impactos destes riscos eventuais, apenas a pesquisadora principal estará diretamente envolvida com as entrevistas, detendo, portanto, o acesso aos dados das entrevistadas. Quanto ao risco de contrair COVID 19, a coleta de dados dar-se-á com a devida paramentação da pesquisadora a fim de diminuir risco à mulher participante da pesquisa, tendo-se o uso adequado dos equipamentos de proteção individual (EPI), a fim de evitar o contágio de quem os usa, quanto daqueles que estão em contato próximo.

➤ **BENEFÍCIOS diretos e indiretos para os voluntários:** em relação aos benefícios, de modo geral, a pesquisa traz o fato de tornar possível o conhecimento de uma realidade que pode não estar sendo representada pelas pesquisas nacionais e internacionais quando se trata de letramento em saúde. Além disso, apresentará dados importantes em relação aos serviços de saúde oferecidos às populações do campo. Os resultados da pesquisa trarão, ainda, informações que irão contribuir com a melhora dos serviços de saúde das comunidades rurais.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa (gravações e entrevistas) ficarão armazenados no computador pessoal da pesquisadora responsável, pelo período mínimo 5 anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação). Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFRPE no endereço: Rua Manoel de Medeiros, S/N Dois Irmãos – CEP: 52171-900 Telefone: (81) 3320.6638 / e-mail: cep@ufrpe.br (1º andar do Prédio Central da Reitoria da UFRPE, ao lado da Secretaria Geral dos Conselhos Superiores). Site: [www.cep.ufrpe.br](http://www.cep.ufrpe.br).

Paulo Afonso, 20 de março de 2023.

---

**DIANA MARIA ALEXANDRINO PINHEIRO**  
**Pesquisadora Responsável**

**APÊNDICE 2 – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE IMAGEM E VOZ**  
**Pessoas maiores de 18 anos**

**Título do projeto:** Letramento em saúde de mulheres em comunidades rurais do interior da Bahia.

**Pesquisador responsável:** Diana Maria Alexandrino Pinheiro

**Objetivo principal:** Compreender o nível de letramento funcional em saúde (LFS) de mulheres residentes em comunidades rurais do município de Paulo Afonso, no interior da Bahia, bem como o perfil sociodemográfico relacionado às condições de saúde, ao ambiente e aos processos de organização de trabalho nos quais estão inseridas.

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito no \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_, RG: \_\_\_\_\_, residente e domiciliado à \_\_\_\_\_, USF \_\_\_\_\_, telefone \_\_\_\_\_, autorizo expressamente a utilização da minha imagem e voz, em caráter definitivo e gratuito, constante em fotos e filmagens decorrentes da minha participação no projeto/evento/campanha para fins de publicações e divulgações acadêmicas em aulas, congressos, eventos científicos, palestras ou periódicos científicos. Porém, minha pessoa não deve ser identificada, por nome ou qualquer outra forma.

As fotografias, vídeos e gravações ficarão sob a responsabilidade do pesquisador e sob sua guarda, entretanto tenho o direito de retirar a qualquer momento a minha autorização.

Paulo Afonso, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 202\_\_\_\_.

---

**Assinatura do participante da pesquisa**

### APÊNDICE 3 – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO

Eu, Diana Maria Alexandrino Pinheiro, discente do Programa de Pós-Graduação (modalidade Doutorado) em Agroecologia e Desenvolvimento Territorial, brasileira, casada, médica, inscrita no CPF nº 803.561.173-91 abaixo firmado, assumo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras relacionadas ao projeto de pesquisa intitulado “**LETRAMENTO EM SAÚDE DE MULHERES EM COMUNIDADES RURAIS DO INTERIOR DA BAHIA**”, a que tiver acesso. Por este termo de confidencialidade e sigilo comprometo-me:

1. A não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para o uso de terceiros;
2. A não efetuar nenhuma gravação ou cópia da documentação confidencial a que tiver acesso;
3. A não me apropriar, para mim ou para outrem, de material confidencial e/ou sigiloso de tecnologia que venha a ser disponível;
4. A não repassar o conhecimento das informações confidenciais, responsabilizando-me por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações, por meu intermédio, e obrigando-me, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e / ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo das informações fornecidas.

Neste Termo, as seguintes expressões serão assim definidas:

Informação Confidencial significará toda informação revelada através da apresentação de tecnologia, a respeito de, ou, associada com a avaliação, sob a forma escrita, verbal ou por quaisquer outros meios.

Informação Confidencial inclui, mas não se limita, à informação relativa às operações, processos, planos ou intenções, informações sobre produção, instalações, equipamentos, segredos de negócio, segredo de fábrica, dados, habilidades especializadas, projetos, métodos e metodologia, fluxogramas, especializações, componentes, fórmulas, produtos, amostras, diagramas, desenhos de esquema industrial, patentes, oportunidades de mercado e questões relativas a negócios revelados da tecnologia supra mencionada.

Avaliação significará todas e quaisquer discussões, conversações ou negociações entre, ou com as partes, de alguma forma relacionada ou associada com a apresentação da tecnologia, acima mencionada.

A vigência da obrigação de confidencialidade e sigilo, assumida pela minha pessoa por meio deste termo, terá a validade enquanto a informação não for tornada de conhecimento público por qualquer outra pessoa, ou mediante autorização escrita, concedida à minha pessoa pelas partes interessadas neste termo.

Pelo não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade e Sigilo, fica o abaixo assinado ciente de todas as sanções judiciais que poderão advir.

Pesquisadora:

Diana Maria Alexandrino Pinheiro

Endereço de correspondência: Rua da Aurora, SN – Bairro CHESF – Paulo Afonso – BA.

Telefone de contato: (75) 3282-5400 (UNIVASF) / (75) 98818-2637 (Pessoal).  
Email: diana.pinheiro@univasf.edu.br

Paulo Afonso, 20 de março de 2023.

---

**DIANA MARIA ALEXANDRINO PINHEIRO**  
**CPF nº 803.561.173-91**

## APÊNDICE 4 – CARTILHA LETRAMENTO EM SAÚDE – PACIENTES

# LETRAMENTO EM SAÚDE

Para pacientes





**Olá.**  
**Sejam bem-vindos(as)!**

Apresento a vocês esta cartilha, pensada para facilitar o aprendizado em saúde a partir do tema: **letramento em saúde**. Ela representa um material didático, produto final de editoração segundo a normativa da CAPES, e pré-requisito apresentado ao Programa de Pós-graduação em Agroecologia e Desenvolvimento Territorial - Linha de pesquisa V: Ambiente, Saúde e Sistemas Agroalimentares, em nível de doutorado.

A leitura é fácil e rápida. Caso tenha alguma dúvida ou queira se aprofundar no tema, entre em contato conosco apontando a câmera do celular para o QRcode abaixo e envie sua mensagem.  
Estaremos disponíveis para lhe atender.  
Sou Diana Pinheiro, doutoranda, docente e profissional da saúde.  
Boa leitura!




### EQUIPE DE ORGANIZAÇÃO

Orientadora: Profa. Dra. Monica Lopes Folea Araújo  
 Coorientador: Prof. Dr. David Fernandes Lima  
 Docente: Profa. Ms. Diana Maria Alexandrino Pinheiro  
 (Email: [diana.pinheiro@univasfedu.br](mailto:diana.pinheiro@univasfedu.br))  
 Design editorial: Thais Reis Baleeiro



### PARA QUE SERVE ESTA CARTILHA?

Este material didático tem a finalidade de sensibilizar profissionais e pacientes sobre o tema **letramento em saúde**, promovendo melhora da comunicação e das práticas de atendimento. Em linguagem clara e objetiva, também é possível difundir informações confiáveis sobre autocuidado e a relação entre saúde e meio ambiente.



### COMO FOI PLANEJADA ESSA CARTILHA?

Através de uma abordagem interdisciplinar, promove educação em saúde de maneira simples e didática. Possui conteúdo leve e linguagem de fácil entendimento, o que permite uma leitura prática e rápida. Seu efeito visual utiliza imagens a partir da xilogravura, remetendo-se à identidade nordestina e sertaneja, em especial à mulher do campo, público alvo da pesquisa de doutorado a qual está vinculada esta cartilha.



### COMO POSSO DIVULGAR ESSE MATERIAL DIDÁTICO?

Em formato digital ou impresso. Divulgado digitalmente, apresenta custo mínimo e um potencial de alcance que acompanha as mídias digitais. Em formato impresso, a replicação da cartilha só necessita de uma simples impressão. Dessa forma, as informações podem alcançar pacientes de todos os cantos do país.

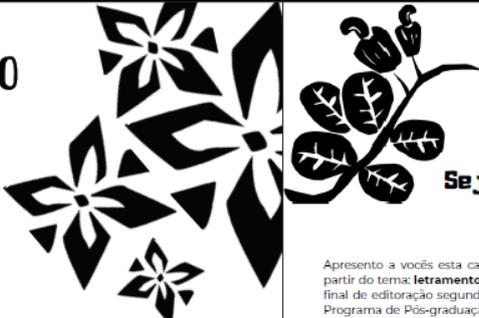


### O QUE VOU ENCONTRAR NESTA CARTILHA?

Conhecendo o <b>letramento em saúde</b>	02
Como um <b>adequado letramento em saúde</b> pode ajudar no meu dia a dia?	07
Um <b>Letramento em Saúde</b> adequado	08
Como posso ter um bom <b>Letramento em Saúde</b>	10
Referências	19



## APÊNDICE 5 – CARTILHA LETRAMENTO EM SAÚDE – PROFISSIONAIS DE SAÚDE

<p><b>LETRAMENTO EM SAÚDE</b></p>  <p>Para profissionais de saúde</p> 	<p><b>Olá.</b></p> <p><b>Sejam bem-vindos(as)!</b></p> <p>Apresento a vocês esta cartilha, pensada para facilitar o aprendizado em saúde a partir do tema: <b>letramento em saúde</b>. Ela representa um material didático, produto final de editoração segundo a normativa da CAPES, e pré-requisito apresentado ao Programa de Pós-graduação em Agroecologia e Desenvolvimento Territorial - Linha de pesquisa V: Ambiente, Saúde e Sistemas Agroalimentares, em nível de doutorado.</p>
<p>A leitura é fácil e rápida. Caso tenha alguma dúvida ou queira se aprofundar no tema, entre em contato conosco apontando a câmera do celular para o QRcode abaixo e envie sua mensagem. Estaremos disponíveis para lhe atender. Sou Diana Pinheiro, doutoranda, docente e profissional da saúde. Boa leitura!</p>  	<p><b>EQUIPE DE ORGANIZAÇÃO</b></p> <p>Orientadora: Profa. Dra. Monica Lopes Folena Araújo      Coorientador: Prof. Dr. David Fernandes Lima      Docente: Profa. Ms. Diana Maria Alexandrino Pinheiro      (Email: <a href="mailto:diana.pinheiro@univasf.edu.br">diana.pinheiro@univasf.edu.br</a>)      Design editorial: Thais Reis Baleeiro</p> 
<p><b>PARA QUE SERVE ESTA CARTILHA?</b></p> <p>Este material didático tem a finalidade de sensibilizar profissionais e pacientes sobre o tema <b>letramento em saúde</b>, promovendo melhora da comunicação e das práticas de atendimento. Em linguagem clara e objetiva, também é possível difundir informações confiáveis sobre autocuidado e a relação entre saúde e meio ambiente.</p> 	<p><b>COMO FOI PLANEJADA ESSA CARTILHA?</b></p> <p>Através de uma abordagem interdisciplinar, promove educação em saúde de maneira simples e didática. Possui conteúdo leve e linguagem de fácil entendimento, o que permite uma leitura prática e rápida. Seu efeito visual utiliza imagens a partir da xilogravura, remetendo-se à identidade nordestina e sertaneja, em especial à mulher do campo, público alvo da pesquisa de doutorado a qual está vinculada esta cartilha.</p> 

## COMO POSSO DIVULGAR ESSE MATERIAL DIDÁTICO?

Em formato digital ou impresso. Divulgado digitalmente, apresenta custo mínimo e um potencial de alcance que acompanha as mídias digitais. Em formato impresso, a replicação da cartilha só necessita de uma simples impressão. Dessa forma, as informações podem alcançar pacientes de todos os cantos do país.



## O QUE VOU ENCONTRAR NESTA CARTILHA?

<b>Conhecendo o Letramento em Saúde</b>	<b>02</b>
<b>Como identificar pessoas que possuem baixo nível de Letramento em Saúde</b>	<b>07</b>
<b>Grupos de risco</b>	<b>08</b>
<b>Comportamento de risco</b>	<b>10</b>
<b>Como avaliar o nível de Letramento em Saúde do paciente?</b>	<b>12</b>
<b>Como saber se o paciente entendeu as informações que lhe foram dadas?</b>	<b>16</b>
<b>Mitos e verdades</b>	<b>19</b>
<b>Referências</b>	<b>25</b>



## **ANEXOS**

**ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO.**

**ANEXO 2 – CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA.**

**ANEXO 3 – SAHLPA-18 INSTRUÇÕES PARA O EXAMINADOR.**

## ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

--	--	--	--

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Nome:** \_\_\_\_\_

**USF:** \_\_\_\_\_

**Gênero:** F ( ) M ( ) **Data de nascimento:** \_\_/\_\_/\_\_\_\_ **Idade:** \_\_\_\_\_

**G\_\_P\_\_A\_\_** **Via de parto:** Vaginal ( ) Cesariana ( ) **Idade dos filhos** \_\_\_\_\_

**Idade do casamento:** \_\_\_\_\_ **Idade em que teve os filhos:** \_\_\_\_\_

**Assistência obstétrica**( ) Sim ( ) Não ( ) Parcial, em \_\_\_\_\_ partos

**Possui plano de saúde:** sim ( ) não ( )

**Faz algum acompanhamento complementar na rede privada?** SIM ( ) NÃO ( )

**Se sim, onde?** \_\_\_\_\_

**Que tipo?** Exames ( ) Consultas ( )

**- Estado conjugal:** solteira( ) casada ( ) união estável ( ) divorciada ( ) viúva ( )  
outro ( ) \_\_\_\_\_

**- Escolaridade:** Ensino Fundamental Incompleto ( ) ; Ensino Fundamental Completo ( ) ;  
Ensino Médio Incompleto ( ) ; Ensino Médio Completo ( ) ; Ensino Superior Incompleto ( ) ;  
Ensino Superior Completo ( )

**Participa de algum projeto social?** ( ) Sim ( ) Não ( )

**Participa de algum grupo ou associação?** ( ) Sim ( ) Não ( )

**- Profissão:** \_\_\_\_\_

**Situação funcional:** Empregada( ) Autônoma ( ) Desempregada ( )

Aposentada( ) Estudante ( ) Outros ( ) \_\_\_\_\_

**Quantas horas trabalha por dia em casa?** \_\_\_\_\_ horas **E no campo?** \_\_\_\_\_ horas

**Quais as atividades desenvolve em casa?**( ) cozinha ( ) lava e passa roupa  
( ) limpa a casa ( ) carrega água ( ) lava roupa com agrotóxicos ( ) cuida de crianças  
Outros \_\_\_\_\_

**Tem renda mensal do seu próprio trabalho?** ( ) Sim ( ) Não ( ) **Em média, quantos reais?** \_\_\_\_\_

**Outra forma de ganhos (trocas de produtos, etc)** \_\_\_\_\_

**O esposo tem renda mensal?** ( ) Sim ( ) Não ( ) **Em média, quantos reais?** \_\_\_\_\_

**Quais as atividades desenvolve no campo?**( ) plantação ( ) colheita ( ) irrigação  
( ) colocação de defensivos ( ) venda de alimentos Outros  
\_\_\_\_\_

**Tem contato com agrotóxicos no trabalho doméstico ou do campo?** ( ) Sim ( ) Não ( )

**Porque procurou a USF hoje?** \_\_\_\_\_

A USF fica longe da sua casa? ( ) sim ( ) não **Qual a distância?** \_\_\_\_\_

**Quais doenças possui?** ( ) diabetes ( ) infecção de urina ( ) colesterol alto ( ) hipertensão  
( ) aumento de peso ( ) ansiedade ( ) depressão ( ) dores nas costas ( ) dores nas pernas  
( ) lesões em pele por efeitos solares ( ) vulvovaginites Outras \_\_\_\_\_

**Usa medicamentos de farmácia/USF?** ( ) sim ( ) não Quais \_\_\_\_\_

**Usa medicamentos naturais?** ( ) sim ( ) não Quais \_\_\_\_\_

**Entende o que a equipe da USF orienta na consulta sobre sua doença, remédios, alimentação?**(

) sim ( ) não

**Quando a senhora tem dúvida, o que faz?** ( ) procuro a USF ( ) fico com dúvida

( ) pergunto a alguém ( ) procuro a ACS ( ) tomo um remédio que já tinha

**Cite 3 coisas que gosta na USF.**

**Cite 3 coisas que acha que poderia melhorar na USF.**

**Cite o que mais a senhora gostaria de saber sobre seu corpo e/ou o funcionamento dele?**

## ANEXO 2 – CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA

Nome: \_\_\_\_\_

Vou fazer algumas perguntas sobre itens da casa da senhora, para efeito de classificação econômica. Todos os itens de eletroeletrônicos que vou citar devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.

Itens	Quantidade				
	0	1	2	3	4 ou +
Quantidade de banheiros	0	3	7	10	14
Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana	0	3	7	10	13
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular	0	3	5	8	11
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones	0	3	6	8	11
Quantidade de lavadora de louças	0	3	6	6	6
Quantidade de geladeiras	0	2	3	5	5
Quantidade de freezers independentes ou parte da geladeira duplex	0	2	4	6	6
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho	0	2	4	6	6
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel	0	1	3	4	6
Quantidade de fornos de micro-ondas	0	2	4	4	4
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional	0	1	3	3	3
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca	0	2	2	2	2

**Qual é o grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.**

Escolaridade da pessoa de referência		
Analfabeto/ Fundamental I incompleto	0	
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	1	
Fundamental II completo / Médio incompleto	2	
Médio completo / Superior incompleto	4	
Superior completo	7	
Serviços públicos		
	<b>Não</b>	<b>Sim</b>
Água encanada	0	4
Rua pavimentada	0	2

**Total de pontos:** \_\_\_\_\_

## ANEXO 3 – SAHLPA-18 INSTRUÇÕES PARA O EXAMINADOR

### SHORT ASSESSMENT OF HEALTH LITERACY FOR PORTUGUESE-SPEAKING ADULTS (SAHLPA-18)

#### Instruções para o Examinador

O SAHLPA-18 avalia habilidades de pronúncia e compreensão de termos médicos comuns. O teste pode ser utilizado por profissionais de saúde ou pesquisadores para estimar o nível de alfabetismo em saúde de adultos. A administração deve ser realizada com cartões impressos contendo o termo médico em negrito acima e as duas palavras de associação abaixo.

#### Instruções para o Examinador:

Antes de iniciar tenha os cartões de estímulo e o formulário de aplicação para anotar as respostas.

Diga:

*Agora eu vou te mostrar alguns cartões com 3 palavras. Primeiro eu quero que você leia a palavra de cima em voz alta. Então eu vou ler as duas palavras de baixo e quero que você me diga qual delas está mais relacionada com a de cima. Se você não souber a resposta diga “não sei” – não tente adivinhar.*

Mostre o primeiro cartão.

Diga:

*Agora, por favor, leia a palavra de cima em voz alta.*

Em seguida leia as duas palavras de associação e diga:

*Qual dessas duas palavras está mais relacionada com a de cima? Se você não sabe a resposta, por favor diga “não sei”.*

Repita as instruções nos itens subsequentes até que o paciente esteja confortável com o procedimento.

O item é considerado correto apenas quando o paciente acerta a pronúncia e a associação. Cada item correto recebe um ponto e o escore total é obtido pela soma dos itens, variando de 0 a 18.

Um escore entre 0 e 14 sugere alfabetismo em saúde **inadequado**.

PALAVRA PRINCIPAL	PALAVRAS DE ASSOCIAÇÃO		
1. <input type="checkbox"/> <b>OSTEOPOROSE</b>	<input type="checkbox"/> <b>OSSO</b>	<input type="checkbox"/> músculo	<input type="checkbox"/> Não sei
2. <input type="checkbox"/> <b>PAPANICOLAOU</b>	<input type="checkbox"/> <b>TESTE</b>	<input type="checkbox"/> vacina	<input type="checkbox"/> Não sei
3. <input type="checkbox"/> <b>ABORTO</b>	<input type="checkbox"/> matrimônio	<input type="checkbox"/> <b>PERDA</b>	<input type="checkbox"/> Não sei
4. <input type="checkbox"/> <b>HEMORROIDA</b>	<input type="checkbox"/> <b>VEIAS</b>	<input type="checkbox"/> coração	<input type="checkbox"/> Não sei
5. <input type="checkbox"/> <b>ANORMAL</b>	<input type="checkbox"/> similar	<input type="checkbox"/> <b>DIFERENTE</b>	<input type="checkbox"/> Não sei
6. <input type="checkbox"/> <b>MENSTRUAL</b>	<input type="checkbox"/> <b>MENSAL</b>	<input type="checkbox"/> diário	<input type="checkbox"/> Não sei
7. <input type="checkbox"/> <b>COMPORTAMENTO</b>	<input type="checkbox"/> pensamento	<input type="checkbox"/> <b>CONDUTA</b>	<input type="checkbox"/> Não sei
8. <input type="checkbox"/> <b>CONVULSÃO</b>	<input type="checkbox"/> <b>TONTO</b>	<input type="checkbox"/> tranquilo	<input type="checkbox"/> Não sei
9. <input type="checkbox"/> <b>RETAL</b>	<input type="checkbox"/> regador	<input type="checkbox"/> <b>SUPOSITÓRIO</b>	<input type="checkbox"/> Não sei
10. <input type="checkbox"/> <b>APÊNDICE</b>	<input type="checkbox"/> coceira	<input type="checkbox"/> <b>DOR</b>	<input type="checkbox"/> Não sei
11. <input type="checkbox"/> <b>ARTRITE</b>	<input type="checkbox"/> estômago	<input type="checkbox"/> <b>ARTICULAÇÃO</b>	<input type="checkbox"/> Não sei
12. <input type="checkbox"/> <b>CAFEÍNA</b>	<input type="checkbox"/> <b>ENERGIA</b>	<input type="checkbox"/> água	<input type="checkbox"/> Não sei
13. <input type="checkbox"/> <b>COLITE</b>	<input type="checkbox"/> <b>INTESTINO</b>	<input type="checkbox"/> bexiga	<input type="checkbox"/> Não sei
14. <input type="checkbox"/> <b>VESÍCULA BILIAR</b>	<input type="checkbox"/> artéria	<input type="checkbox"/> <b>ÓRGÃO</b>	<input type="checkbox"/> Não sei
15. <input type="checkbox"/> <b>ICTERÍCIA</b>	<input type="checkbox"/> <b>AMARELO</b>	<input type="checkbox"/> branco	<input type="checkbox"/> Não sei
16. <input type="checkbox"/> <b>PRÓSTATA</b>	<input type="checkbox"/> circulação	<input type="checkbox"/> <b>GLÂNDULA</b>	<input type="checkbox"/> Não sei
17. <input type="checkbox"/> <b>INCESTO</b>	<input type="checkbox"/> <b>FAMÍLIA</b>	<input type="checkbox"/> vizinhos	<input type="checkbox"/> Não sei
18. <input type="checkbox"/> <b>TESTÍCULO</b>	<input type="checkbox"/> óvulo	<input type="checkbox"/> <b>ESPERMA</b>	<input type="checkbox"/> Não sei