



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE, AMBIENTE E TRABALHO**

EDMARA OLIVEIRA MOTA

**SIGNIFICADOS DE SAÚDE E DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE PARA
AS MULHERES PESCADORAS ARTESANAIS DO BRASIL**

Salvador

2021

EDMARA OLIVEIRA MOTA

**SIGNIFICADOS DE SAÚDE E DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE PARA
AS MULHERES PESCADORAS ARTESANAIS DO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho, da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde, Ambiente e Trabalho.

Área de Concentração: Planejamento e Gestão em Saúde, Ambiente e Trabalho

Orientador: Prof. Dr. Paulo Gilvane Lopes Pena.

Salvador

2021

Ficha catalográfica
Bibliotheca Gonçalo Moniz
Sistema Universitário de Bibliotecas
Universidade Federal da Bahia

M917 Mota, Edmara Oliveira.
Significados de saúde e do Sistema Único de Saúde para as mulheres
pescadoras artesanais do Brasil / Edmara Oliveira Mota. – 2021.

105 f.: il.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Gilvane Lopes Pena.
Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde,
Ambiente e Trabalho, Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal
da Bahia, Salvador, 2021.

Inclui anexos.

1. Saúde do trabalhador. 2. Pescadoras – Assistência à saúde. 3. Sistema
Único de Saúde. I. Pena, Paulo Gilvane Lopes. II. Universidade Federal da Bahia.
Faculdade de Medicina da Bahia. III. Título.

CDU (2007): 614



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
Faculdade de Medicina da Bahia
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
SAÚDE, AMBIENTE E TRABALHO**
Largo do Terreiro de Jesus, s/n. Centro Histórico
40.026-010 Salvador, Bahia, Brasil.
Tel.: 55 71 3283.5573 Fax: 55 71 3283-5573
email: sat@ufba.br www.sat.ufba.br
www.medicina.ufba.br | medicina@ufba.br



ATA DA SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Aos vinte e cinco dias do mês de novembro de 2021, às 17:00 horas, presente à Comissão Julgadora, integrada pelos Professores Paulo Gilvane Lopes Pena (Orientador), Mônica Angelim Gomes de Lima (Examinadora Interna) e Maria da Purificação Nazaré Araújo (Examinadora Externa) iniciou-se a Defesa de Dissertação de Mestrado remota da candidata **Edmara Oliveira Mota**: “Significados de saúde e do Sistema Único de Saúde para as mulheres pescadoras artesanais do Brasil”. Concluída a apresentação, arguição e defesa oral da dissertação, conforme disposto no Regimento do PPGSAT, procedeu-se ao julgamento na forma regulamentar, tendo a Comissão Julgadora considerado a candidata:

.....Aprovada.....(Avaliação do Prof. Paulo Gilvane Lopes Pena).
.....Aprovada.....(Avaliação da Profa. Mônica Angelim Gomes de Lima).
.....Aprovada.....(Avaliação da Profa. Maria da Purificação Nazaré Araújo).

Encerrada a sessão, foi lavrada a presente ata que vai acompanhada dos pareceres escritos de cada examinador e assinada pela Comissão Julgadora.

Salvador, 25 de novembro de 2021.

A Comissão Julgadora:

Prof. Dr. Paulo Gilvane Lopes Pena
(Orientador, PPGSAT/UFBA)

Prof. Dra. Mônica Angelim Gomes de Lima
(Examinadora Interna, PPGSAT/UFBA)

Prof. Dra. Maria da Purificação Nazaré Araújo
(Examinadora Externa, Departamento Ciência dos Alimentos/UFBA)

NOTAS: a) O trabalho de conclusão do Mestrado será considerado aprovado se obtiver aprovação por, no mínimo 2 (dois) examinadores.

b) A emissão dos pareceres finais dos examinadores poderão ser condicionados à efetivação de reformulações necessárias que não impliquem em alteração fundamental da dissertação. **O documento com as reformulações deverá ser entregue à Comissão Julgadora no prazo máximo de 60 (sessenta) dias sob pena de cancelamento da defesa.**

EDMARA OLIVEIRA MOTA

**SIGNIFICADOS DE SAÚDE E DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE PARA
AS MULHERES PESCADORAS ARTESANAIS DO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho, da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde, Ambiente e Trabalho.

Salvador, 25 de Novembro de 2021

Banca Examinadora

Paulo Gilvane Lopes Pena – Orientador _____
Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia
Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Mônica Angelim Gomes Lima _____
Doutora em Ciências Sociais pela Universidade Federal da Bahia
Universidade Federal da Bahia

Maria da Purificação Nazaré Araújo _____
Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia
Universidade Federal da Bahia

Dedico a Deus, por ser o maior alicerce em minha vida e me conceder saúde, sabedoria e coragem durante toda a minha caminhada.

AGRADECIMENTOS

No decorrer do caminho que percorri em busca do título de mestre, tive vivências as quais ficarão registradas eternamente em minha memória: Adquiri conhecimento sobre o meu tema e de outros colegas também, conheci algumas pessoas, afastei-me de outras, fiz novas descobertas, tornei-me mãe e passei por grandes dificuldades ao ter que conciliar trabalho, estudo e vivenciar a maternidade, juntamente a seus desafios.

Não foi tarefa fácil, precisei autoconhecer-me, entender minhas limitações e fazer o resultado acontecer.

Foi percorrendo esse caminho, que eu descobri o verdadeiro sentido e coesão da frase do criador do teatro mudo, o ator britânico, Charles Chaplin, onde ele diz que: "A persistência é o caminho do êxito". Necessitei ser persistente para finalmente alcançar a realidade daquilo que tanto esperei.

Nessa estrada desafiadora, encontrei muitas pessoas as quais apesar de possuírem uma história diferente da minha, eu pude me identificar com as mesmas, que com o poder da união, tornamo-nos o porto seguro uma das outras. Aprendemos a ser mais pacientes, a acolher a fragilidade alheia e a ficarmos realizados com o sucesso do próximo. E então, foi ali que eu pude compreender as palavras através da realidade de outra frase, dessa vez do filósofo inglês Francis Bacon: " A amizade multiplica as alegrias e divide as tristezas".

Entretanto, não foi só os amigos conquistados no mestrado que me doaram apoio, incentivo e torcida. Outras pessoas também exerceram esse papel, especialmente minha família e o meu querido orientador, um ser humano cheio de princípios e atitudes nobres. Além de ser um grande exemplo de paciência, altruísmo e acima de tudo profissionalismo. A sua missão em sua profissão é encantadora. Ele transforma vidas através da saúde. Tem um cuidado e zelo impecáveis com aqueles que necessitam do seu trabalho. Mas também, possui o objetivo de tornar o cotidiano dos indivíduos transformador, não só através da saúde, mas também daquilo que nada nem ninguém pode tirar de nós: O conhecimento.

Em nome dos familiares, amigos e de meu mestre eu expresso por meio dessa mensagem, a minha grandiosa gratidão.

Agradeço primeiramente a Deus, por ser o maior alicerce em minha vida e me conceder saúde, sabedoria e coragem durante toda a minha caminhada. A ti, Senhor, a minha eterna gratidão.

À minha mãe, Elda de Oliveira Mota, por ser toda a fortaleza que é, por me inspirar cada vez mais, acreditar em meu potencial e ter sido meu refúgio nas minhas maiores dificuldades.

Ao meu pai, Eliezer Mendonça Mota (in memoriam), por estar abençoando-me, protegendo-me e torcendo pelo meu êxito onde quer que esteja.

À minha irmã, Edilma de Oliveira, por me proporcionar diversos momentos de alegria e demonstrar sempre apoio nas minhas escolhas, acolhimento quando assim é preciso, incentivo para que eu busque o que eu sempre almejei e por ser uma torcida inabalável.

Ao meu irmão, Eldon Mota, por todo carinho, amor e sempre torcer pelo meu êxito durante toda a minha trajetória como mestranda.

Ao meu companheiro de vida, Rafael França, por ser uma das minhas maiores fontes de apoio e de amor, por em todas as hipóteses estar torcendo pelo meu sucesso e por confiar no meu trabalho, dedicação e competência. Mas, sobretudo, por jamais permitir que eu cogitasse desistir dos meus sonhos. Muito obrigada!

Ao meu filho Arthur Mota dos Reis, por mesmo tão pequenino, me proporcionar um amor imensurável, um carinho indescritível e um apoio extraordinário.

Às minhas sobrinhas e comadres Nara e Mariana, pelos diversos momentos em que me encorajaram, auxiliaram-me no que estivesse ao alcance de ambas e por jamais deixarem de acreditar na minha eficiência e capacitação.

Às minhas sobrinhas Ellen e Lara, por todas as vezes que não deixaram me faltar estímulo.

À minha sogra Tereza, pelo imenso apoio que não deixou me faltar, mesmo perante os obstáculos.

À Patrícia, grande amiga que o mestrado me presenteou. Obrigada por todas as vezes que me acolheu, ajudou-me, aconselhou-me e vibrou comigo. Levar-te-ei para a vida.

A Douglas, amigo que a UFBA me deu, por todo apoio e torcida manifestada.

Aos demais amigos conquistados diante toda essa trajetória, deixo os meus mais sinceros agradecimentos por tamanha união, parceria e companheirismo.

Ao meu orientador, Paulo Giovane Lopes Pena, por ter sido minha base durante esses dois anos em busca do título, por expressar uma confiança incrível em mim e na minha capacidade de alcançar aquilo que eu tanto desejei. Agradeço apesar das dificuldades que apareceram durante toda a minha jornada, as quais não foram poucas. Afinal, até finalizar esse ciclo eu precisei passar por uma gravidez não planejada, enfrentar a distância da minha terra e família tão amadas e lidar com todos os desafios propostos pela pandemia. Todavia, apesar das adversidades, meu mestre jamais me abandonou ou duvidou da minha aptidão e vontade de em futuro próximo adquirir a realização daquilo que um dia foi apenas um desejo. Enfim, gratidão por isso ao meu mestre e a todos!

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001. No momento a pesquisadora se dedica exclusivamente ao programa de mestrado com auxílio da bolsa de estudos da Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado da Bahia – FAPESB.

MOTA, Edmara Oliveira. **Significados de saúde e do sistema único de saúde para as mulheres pescadoras artesanais do Brasil**. 2021. 105f. il. Orientador: Paulo Gilvane Lopes Pena. Dissertação (Mestrado em Saúde Ambiente e Trabalho) – Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2021.

RESUMO

A pesca é uma atividade laboral amplamente praticada no Brasil e que abrange grandes populações de trabalhadores em estado de pobreza e vulnerabilidade. Os estudos afirmam que, principalmente no caso das mulheres pescadoras, as condições de trabalho as expõem a riscos e doenças ocupacionais relacionadas ao trabalho. Este estudo tem como objetivo compreender os significados da saúde, do SUS e do processo de humanização no atendimento multiprofissional às mulheres pescadoras artesanais do Brasil. A metodologia adotada foi um estudo qualitativo, com uma coleta de dados secundária a partir da análise de narrativas de pescadoras participantes do projeto “Educação em Saúde da(o) Trabalhadora (or) da Pesca Artesanal e Formação de Agentes Multiplicadoras em Participação na Gestão do SUS”, que aconteceu de julho de 2015 a fevereiro de 2018, com a participação de 417 pescadoras oriundas de 117 municípios de 16 estados do país. Observou-se que o conceito de saúde para as mulheres pescadoras está relacionado com o equilíbrio entre a saúde física e psicológica, além disso, buscam qualidade de vida por meio de uma alimentação saudável e uma rotina de trabalho que não seja prejudicial à saúde. Conclui-se que as comunidades pesqueiras apresentam condições de vulnerabilidade social e econômica e os pescadores acabam sendo expostos a graves riscos de doenças e acidentes de trabalho. Da mesma maneira que o processo de humanização dos serviços de saúde e o atendimento aos pescadores artesanais ainda é insuficiente.

Palavras-chave: Pesca artesanal. Humanização da saúde. Saúde da família. Mulher pescadora. SUS.

MOTA, Edmara Oliveira. **Meanings of health and the unique health system for women artisanal fishers in Brazil**. 2021. 122 s. ill. Advisor: Paulo Gilvane Lopes Pena. Dissertation (Master in Health, Environment and Work) - Faculty of Medicine of Bahia, Federal University of Bahia, Salvador, 2021.

ABSTRACT

Fishing is a labor activity widely practiced in Brazil and which encompasses large populations of workers in a state of poverty and vulnerability. Studies claim that, especially in the case of women fishermen, working conditions expose them to occupational risks and diseases related to work. This study aims to understand the meanings of health, SUS and the humanization process in multidisciplinary care for artisanal fisherwomen in Brazil. The methodology adopted was a qualitative study, with a secondary data collection from the analysis of narratives of fisherwomen participating in the project "Health Education of Artisanal Fisheries Workers and Training of Multipliers Agents in Participation in the Management of Fisheries". SUS", which took place from July 2015 to February 2018, with the participation of 417 fisherwomen from 117 municipalities in 16 states of the country. It was observed that the concept of health for women fishermen is related to the balance between physical and psychological health, in addition, they seek quality of life through healthy eating and a work routine that is not harmful to health. It is concluded that fishing communities present conditions of social and economic vulnerability and fishermen end up being exposed to serious risks of diseases and work accidents. In the same way that the process of humanization of health services and assistance to artisanal fishermen is still insufficient.

Keywords: Artisanal fishing. Humanization of health. Family Health. Fisher woman. SUS.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Mapa do Brasil com as 11 regiões destacadas.	45
Figura 2	Abertura da Oficina em Vitória/ES e Apresentação da PNCFA em Matinhos.	50
Figura 3	Dramatização do processo de trabalho	50
Figura 4	Política Nacional de Saúde do Campo, Floresta e Águas/PNSCFA	50
Figura 5	Sistematização, discussão e difusão de experiências das pescadoras artesanais na melhoria das condições de trabalho, ambiente e saúde.	51
Figura 1- Artigo 1	Mapa do Brasil com as 11 regiões destacadas	81

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH	Autorizações de Internações Hospitalares
ANS	Agência Nacional de Saúde
APAC	Autorização de Procedimentos Ambulatoriais
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DME	Distúrbio (s) Musculoesquelético (s)
FNS	Fundo Nacional de Saúde
LER / DORT	Lesão por Esforços Repetitivos / Distúrbios Ósteomusculares Relacionados ao Trabalho
MPA	Ministério da Pesca e Aquicultura
MS	Ministério da Saúde
OCDE	Organização para a Cooperação de Desenvolvimento Econômico
PSF	Programa de Saúde da Família
SAMS	Sistema de Assistência Médica Suplementar
SUS	Sistema Único de Saúde
UFBA	Universidade Federal da Bahia

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	REFERENCIAL TEÓRICO	20
2.1	CONCEITO DE SAÚDE	20
2.1.1	CONCEITO AMPLIADO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	22
2.1.2	SAÚDE COLETIVA, ACESSIBILIDADE E PERCEPÇÃO DO USUÁRIO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO BRASIL	25
2.2	PESCA ARTESANAL	26
2.2.1	SAÚDE DOS PESCADORES ARTESANAIS	33
2.2.2	SAÚDE PÚBLICA PARA A MULHER PESQUEIRA	35
2.2.3	PERSPECTIVAS DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE PARA MULHER PESQUEIRA	37
2.3	GÊNERO E SAÚDE	40
3	OBJETIVOS	42
3.1	OBJETIVO GERAL	42
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	42
4	METODOLOGIA	43
4.1	JUSTIFICANDO O MÉTODO	43
4.2	CARACTERÍSTICAS PESSOAIS DO PESQUISADOR (COREQ)	45
4.3	ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS SOBRE O LÓCUS/CONTEXTO	46
4.4	ASPECTOS ÉTICOS	49
4.5	PLANO DE ANÁLISE	50
4.6	ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS	52
5	ARTIGO 1 - SIGNIFICADO DE SAÚDE PARA AS PESCADORAS ARTESANAIS DO BRASIL	53
5.1	INTRODUÇÃO	54
5.2	MÉTODOLOGIA	58
5.3	RESULTADOS E DISCUSSÃO	60
5.3.1	Significado e ressignificado de saúde para mulheres pescadoras	60
5.3.2	Significado do SUS para as mulheres pescadoras	66
5.4	CONCLUSÃO	69
	REFERÊNCIAS	71
6	ARTIGO 2- HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO MÉDICO E	76

MULTIPROFISSIONAL DAS PESCADORAS ARTESANAIS

6.1	INTRODUÇÃO	77
6.2	MÉTODOLOGIA	79
6.3	RESULTADOS E DISCUSSÃO	82
6.3.1	A assistência médica na atenção básica em contradição a centralidade do profissional médico para as pescadoras	82
6.3.2	A humanização dos serviços de saúde e o atendimento aos pescadores artesanais.	85
6.4	CONCLUSÃO	91
	REFERÊNCIAS	93
7	CONCLUSÃO	97
	REFERÊNCIAS	98

1 INTRODUÇÃO

A pesca é uma das atividades humanas mais antigas e um dos trabalhos considerados mais árduos, tanto pelas exigências que decorrem da sua atividade, como pelos perigos que representam o ambiente onde a atividade se desenvolve e as condições em que estes trabalhadores trabalham. No Brasil, a pesca artesanal é extensiva em toda a costa e rios e em geral, a cada 200 brasileiros, um é pescador artesanal representando, aproximadamente 98,7% do total de cerca de 970 mil pescadores registrados no Brasil até setembro de 2011 (FALCÃO *et al.*, 2019).

Segundo o Ministério da Pesca e Aquicultura (2012), no Brasil, a pesca artesanal é realizada na região litorânea, lagos e rios, com grande relevância social, econômica e cultural, consistindo em uma atividade individual ou familiar, sendo utilizada para subsistência do pescador e sua família. É realizada no litoral brasileiro, mesmo antes da região ser colonizada (SANTOS *et al.*, 2012), por meio de saberes tradicionais que compõem a dimensão subjetiva desse universo de trabalhadores. Essa atividade geralmente é influenciada por fatores como manejo, problemas ambientais, exploração e condições climáticas (BENDER *et al.*, 2013; SEIXAS *et al.*, 2014).

De acordo com os resultados de um estudo realizado pela OIT (1998), destaca-se que entre os problemas de saúde mais frequentes dos pescadores estão asma ocupacional, hipoacusia, dermatoses e câncer de lábios, pulmão e estômago. No mesmo estudo, as intoxicações fatais por inalação de gases tóxicos gerados por incêndios a bordo e asfixia ou envenenamento por falta de oxigênio ou acúmulo de gases tóxicos em ambientes fechados que são identificados como problemas de saúde relacionados à atividade pesqueira. Outros problemas identificados são lesões oculares causadas pela intensidade excessiva da luz solar, distúrbios musculoesqueléticos devido ao manuseio de cargas pesadas, posturas de trabalho desconfortáveis e tarefas repetitivas.

Além disso, alguns estudos apontam que alguns pescadores que estão significativamente mais expostos a condições extremas de temperatura (frio-calor), umidade, ventos, gases e fumos, radiação solar, vibrações e ruído. A exposição ao frio tem correlação significativa com sintomas reumáticos, bronquite crônica, doenças urolrenais, histórico de úlceras digestivas e tabagismo. A exposição ao calor é negativamente correlacionada com o consumo de álcool e hipertensão

diastólica e positivamente com distúrbios circulatórios nos membros inferiores e doenças urolrenais (DE PONTES et al., 2020).

A exposição permanente à água e umidade apresentou correlação positiva com sintomas reumáticos, bronquite crônica, tabagismo, úlceras-gastrite, doenças urolrenais e distúrbios circulatórios periféricos. Aqueles expostos à radiação solar tiveram maior prevalência de tabagismo, doenças articulares e dermatológicas. Os expostos às vibrações apresentaram danos objetivos à audição e maior consumo de tabaco, mas os expostos ao ruído apenas apresentaram maior consumo de tabaco (DE PONTES et al., 2020).

Nesse contexto, observa-se que essa atividade geralmente envolve riscos relacionados à saúde dos pescadores decorrentes das condições precárias relacionadas ao manejo, problemas ambientais e climáticos acesso aos serviços de saúde, dentre outros (BENDER et al. 2013; SEIXAS et al., 2014). Dentre esses riscos estão esforços repetitivos (LER) que levam a uma variabilidade de danos pela utilização excessiva imposta ao sistema musculoesquelético e pela falta de tempo para a recuperação. Os sintomas são dor, parestesia, sensação de peso e fadiga, sendo o principal sintoma a dor que leva a prejuízos funcionais. De acordo com Muller (2021), em seu estudo com marisqueiras na Bahia, houve a prevalência de 72,7% de sintomas de distúrbios musculoesqueléticos na região lombar, 71,3% na região de pescoço ou ombro e 70,3% em membros superiores distais.

Configura-se assim, condições de vulnerabilidade social, econômica e de saúde dos pescadores artesanais em que essa exposição à graves riscos de doenças e acidentes relacionados ao trabalho não se expressam nos dados epidemiológicos oficiais. São vítimas da invisibilidade epidemiológica e da ausência de políticas dos serviços públicos de saúde e de previdência social. Esta iniquidade se revela na precariedade de acesso aos serviços de saúde do SUS, o que resulta na ausência de diagnóstico, tratamento, reabilitação dos agravos relacionados ao trabalho e do respectivo encaminhamento previdenciário para os incapacitados. Importante reafirmar que os pescadores artesanais são enquadrados como segurados especiais no sistema previdenciário e, com isso, têm direito ao Seguro Acidentário (SAT) e aos respectivos benefícios acidentários, sendo necessário a emissão de CAT para notificar à previdência e assegurar respectivos direitos, além de proporcionar a visibilidade epidemiológica de tais agravos. Porém, o desconhecimento desses direitos pelos próprios pescadores artesanais, oriundos

também do desconhecimento da noção de enfermidades e acidentes relacionados ao trabalho nos saberes tradicionais fragilizam demandas de afirmação desse direitos no país (FERNANDES, 2010).

No que diz respeito as mulheres pescadoras, foi estabelecida uma relação direta entre a sua participação nessas atividades da pesca artesanal e seu papel no campo doméstico e reprodutivo, considerando seu relacionamento complementar e uma extensão de sua responsabilidade pelo bem-estar das famílias e fornecedores de alimentos básicos. A mulher teve que adaptar suas práticas diárias entre os dois mundos (ANDRADE, 2020).

O gênero é um fator determinante nas iniquidades em saúde. Esta nota descritiva explica como limita a promoção da equidade em saúde, afetando, por exemplo, o acesso à cobertura universal de saúde e como determina as diretrizes profissionais dos profissionais de saúde (MIRANDA, *et al.*, 2018).

Visando analisar a atual situação da mulher pescadora surgiu o projeto “Educação em Saúde da (o) Trabalhadora (or) da Pesca Artesanal e Formação de Agentes Multiplicadoras em Participação na Gestão do SUS”. Tal iniciativa tem como objetivo central realizar ações de educação sobre direitos à saúde da (o) trabalhadora na pesca artesanal no Brasil, e formar lideranças de pescadoras e pescadores de Comunidades Pesqueiras do Brasil para que o SUS possa atuar no Controle Social e na relação com a saúde das mesmas (PROJETO: EDUCAÇÃO EM SAÚDE DA(O) TRABALHADORA(OR) DA PESCA ARTESANAL E FORMAÇÃO DE AGENTES MULTIPLICADORAS EM PARTICIPAÇÃO NA GESTÃO DO SUS, UFBA, 2015).

Foram realizadas 11 oficinas/cursos com pescadoras oriundas de 117 municípios de 16 Estados. Cumpriu-se, nesse caso, a totalidade da meta para realização das oficinas definidas para o projeto. Elas ocorreram nos seguintes Estados: Bahia – cidade de Remanso; Pernambuco e Alagoas – cidade de Olinda; Rio Grande do Norte e Paraíba – cidade de Natal; Ceará – cidade de Fortaleza; Pará – cidade de Santarém; Maranhão – cidade de São Luís; Piauí – cidade de Parnaíba; Minas Gerais – cidade de Januária; Espírito Santo, Rio de Janeiro e Sergipe – cidade de Vitória; Santa Catarina e Rio Grande do Sul – cidade de Laguna; Paraná – cidade de Matinhos. O público alvo foram os pescadores em geral, enquanto que os participantes das oficinas foram mulheres pescadoras caracterizadas como lideranças junto às comunidades pesqueiras (PROJETO: EDUCAÇÃO EM SAÚDE

DA(O) TRABALHADORA(OR) DA PESCA ARTESANAL E FORMAÇÃO DE AGENTES MULTIPLICADORAS EM PARTICIPAÇÃO NA GESTÃO DO SUS, UFBA, 2015).

Os direitos conquistados pelas mulheres e trabalhadores da pesca artesanal são de suma importância. Em 2003, com a legislação sobre economia familiar, muitas pescadoras conseguiram o registro de pesca. Entretanto, ainda necessitam comprovar a relação familiar com a pesca, dependendo da situação profissional do núcleo familiar para comprovar que realmente é pescadora artesanal (RODRIGUES, 2012). Tendo em vista que esses direitos são garantidos à categoria, podendo assim exercer sua função com amparo das instituições públicas. A saúde nem sempre foi um direito. Constituiu-se após a Declaração Universal dos Direitos Humanos que ficou consagrado, precisamente, como um direito humano.

Entretanto, visando a importância da mulher e de seus saberes na pesca artesanal e tendo em vista que esta não vem tendo seus direitos garantidos, como estipula a lei, o presente trabalho teve como objetivo compreender os significados da saúde, do SUS e do processo de humanização no atendimento multiprofissional às mulheres pescadoras artesanais do Brasil.

Para tanto, o primeiro artigo buscou entender quais são os significados da saúde e do SUS para as mulheres pescadoras a partir do projeto “Educação em Saúde da(o) Trabalhadora(or) da Pesca Artesanal e Formação de Agentes Multiplicadoras em Participação na Gestão do SUS”. O segundo artigo buscou abordar a humanização do atendimento médico para as mulheres pescadoras artesanais do Brasil. A partir de um estudo de abordagem qualitativa, o texto traz informações sobre a atenção básica nas comunidades, bem como a humanização dos processos de saúde e atendimento pelo SUS.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 CONCEITO DE SAÚDE

O enfoque médico biológico na conformação inicial da saúde pública como campo científico, em detrimento dos enfoques sociopolíticos e ambientais, observa-se, ao longo do século XX, uma permanente tensão entre essas diversas

abordagens. A definição de saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade, inserida na Constituição da OMS no momento de sua fundação, em 1948, é uma clara expressão de uma concepção bastante ampla da saúde, para além de um enfoque centrado na doença (BUSS; PELLEGRINI 2007).

Para fins de análise, a exigência abstrata de saúde perfeita seria muito subjetiva, mas em um contexto consensual e historicamente definido, o conteúdo básico do conceito de saúde poderia ser determinado como ramo da medicina que se concentra no tratamento e diagnóstico de doenças e condições que afetam o bem-estar físico e emocional da mulher. Já, o conceito de saúde no âmbito de um Estado de direito social deve ser diferente no âmbito de um Estado liberal de direito (FANTI, 2009).

De acordo com Ventura e colaboradores (2010), a proposta é de uma concepção de saúde integral que leve em conta as diferentes dimensões do ser humano e da sociedade, que se baseia em premissas de promoção da saúde e prevenção da doença, e não em atividades de caráter curativo, uma concepção de saúde cujo componente vital é a saúde comunitária, pública ou coletiva. Uma saúde determinada por outros fatores além do biológico e físico, na qual outros determinantes sociais são tratados com igual ou maior relevância na busca do bem-estar da pessoa. Dentre diversas definições de determinantes sociais de saúde, a da Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) é vista como uma das mais completas, na qual define como fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS; PELLEGRINI 2007).

Ou seja, a saúde não corresponde apenas ao médico ou aos profissionais de saúde, mas a todos e cada um dos cidadãos, especialmente aqueles que têm a responsabilidade social e política de criar bem-estar e qualidade de vida. Uma saúde que, em conclusão, é igual à definição geral de seguridade social, isto é, a qualidade de vida, a vida digna e o bem-estar geral. Portanto, o conceito de saúde teria como componentes necessários e básicos para sua real segurança e eficácia: a garantia de programas oportunos e eficazes de promoção da saúde e prevenção da doença; de um diagnóstico médico oportuno e de um tratamento integral e sem interrupções

desnecessárias e de uma reabilitação adequada e integral, bem como da garantia de serviços de saúde oportunos e eficientes (NUNES, 2009).

Nesta perspectiva, o direito à saúde constitui direito de todos e dever do Estado, a partir de um acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. Portanto, é um direito público subjetivo capaz de ser exigido do Estado (FERNANDES, 2010. p. 1046).

A saúde nem sempre foi um direito; constituiu-se após a Declaração Universal dos Direitos Humanos que ficou consagrado, precisamente, como um direito humano. Pode-se afirmar que, apesar da consagração do direito à saúde na Constituição de 1988, seu conteúdo, estrutura, fundamentos e efetividade ainda são debatidos. É um direito em construção, que evoluiu entre preceitos e normas constitucionais. Um direito que moveu grandes sentimentos, assim como grandes interesses. Portanto, será investigado sobre essa evolução e seus componentes (DALLARI, 2008).

Mas, com o início da vigência da Constituição de 1988 a saúde deixa de ser um conceito ou uma declaração geral e passa a ser um verdadeiro direito constitucional, garantido pelo Estado. A responsabilidade do Estado deve ser analisada não apenas à luz da própria Constituição, mas também à luz dos instrumentos jurídicos que fazem parte do bloco de constitucionalidade, por mandato expresso da própria Constituição (BARCELLOS, 2008).

2.1.1 Conceito Ampliado do Sistema Único de Saúde

Com a democratização na década de 1980, pela primeira vez foi possível discutir a introdução de transformações no setor saúde, desenhando uma reforma sanitária coerente o Sistema Único de Saúde (SUS), cujas características de heterogeneidade, desarticulação e a desigualdade seria muito difícil de superar. A década de 90 foi marcada pelo debate em torno da reforma do Estado no Brasil, tendo como pano de fundo o contexto de globalização financeira da economia e de profunda crise fiscal, e o caso do setor público de saúde foi um fator relevante para a agenda de reformas devido ao legado institucional deixado pela Constituição Federal de 1988, que determinou a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) (LEITE, *et al.*, 2019).

As políticas de descentralização na área da saúde no Brasil compreendem três fases distintas: a primeira iniciativa ocorrida no final do regime militar em um contexto marcado pela recessão da economia; a segunda que remonta à nova República, durante o período de funcionamento do Congresso Constituinte; e a terceira fase das políticas de descentralização definidas nos artigos 196 a 200 da Constituição, que instituem a criação do SUS (VENTURA et al., 2010).

Com a criação do SUS houve um acesso universal sem discriminação ao mesmo e com isso a atenção integral à saúde e os cuidados assistenciais passou a ser um direito de todos os brasileiros. Para a implantação adequada do sistema foram criados princípios básicos, dentre os quais estão a universalização que diz que cabe ao Estado assegurar o direito a saúde a todas as pessoas, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas.

Para favorecer o acesso da população brasileira à saúde, o Estado, por meio do SUS, utiliza a saúde como política voltada para a formulação de políticas setoriais, entre as quais as políticas de medicamentos, ciência e tecnologia, desenvolvimento industrial e formação de recursos humanos. Dessa forma, para garantir a intersetorialidade, que envolve os setores público e privado de saúde para sua implementação, o governo visa políticas públicas que busquem mecanismos com vistas à inclusão da população no acesso aos medicamentos e à assistência farmacêutica (VENTURA et al., 2010).

O sistema de saúde do Brasil é composto por um amplo setor público, o Sistema Único de Saúde (SUS) – que abrange 75% da população – e um setor privado em crescimento, que inclui o Sistema de Assistência Médica Suplementar (SAMS) e o que pode ser chamado de sistema de desembolso direto – que cobre os 25% restantes. O SUS presta serviços de forma descentralizada através de suas redes de clínicas, hospitais e outros tipos de instalações federais, estaduais e municipais, bem como da rede conveniada de serviços privados. Com o apoio técnico e financeiro dos níveis estadual e federal, cada município é responsável por prestar assistência à sua população ou encaminhar usuários para outros municípios. O SUS é responsável por coordenar o setor público e regular o setor privado, cujas entidades estabelecem acordos ou contratos por meio do pagamento de serviços (VIANA et al., 2003).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores públicos de saúde do mundo. Ele abrange desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país (SUS, PORTALMS, 2019).

A Carta dos Direitos dos Usuários de Saúde, elaborada pelo Ministério da Saúde (MS), pelo Conselho Nacional de Saúde e pela Comissão Intergovernamental de Saúde define vários princípios básicos do direito à saúde no Brasil como, por exemplo: direito ao acesso ordenado e organizado para o sistema de saúde; direito a um tratamento adequado; respeito pela pessoa, seus valores e direitos; responsabilidades do cidadão e compromisso de todos os gestores de saúde. O SUS é responsável pela prestação de cuidados básicos à população e seus eixos são universalidade, integralidade e equidade a partir de uma organização descentralizada e controle social da população (BRASIL, 2011).

O SUS define a atenção básica como um conjunto de ações de saúde nas áreas individuais e coletivas, incluindo a promoção e proteção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Essa atenção é direcionada para populações localizadas em territórios bem definidos e para a resolução dos problemas de saúde mais frequentes e relevantes. Em termos formais, não há restrições quanto ao tipo de condições cobertas pelo SUS, no entanto, esse sistema foi subfinanciado, o que impediu a cobertura universal de serviços abrangentes. Esse subfinanciamento é expresso em longos períodos de espera para acesso a atendimento especializado, cirurgia e tratamento de emergência. Isso também gerou conflitos de interesses, uma vez que alguns pacientes exigem que eles sejam cobertos por condições de alto custo que ainda estão em fase experimental (FERRAZ; VIEIRA, 2009).

O instrumento para avançar em direção à cobertura universal tem sido o Programa de Saúde da Família (PSF), cujo principal desafio é reorientar a prática médica para a atenção primária à saúde, por meio da criação de equipes de saúde que prestam atendimento tanto nas unidades de saúde, quanto nos hospitais. As equipes mínimas são compostas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. No caso das equipes de saúde bucal, são adicionados dentistas, técnicos e auxiliares odontológicos. Nos municípios com mais de 100 mil habitantes, as equipes muitas vezes complementam outros profissionais. O objetivo é criar um vínculo de corresponsabilidade entre

essas equipes de profissionais e a população para facilitar a identificação e o cuidado às doenças. Atualmente, o PSF abrange cerca de 63,83% da população (BRASIL, 2019).

O SUS é o sistema de saúde público que garante cobertura universal, este foi instituído por meio da Constituição Federal de 1988, sendo regulamentado através das Leis da Saúde (Leis nº 8.080 e nº 8.142) e estabelece o direito à saúde para todos os cidadãos brasileiros. A gestão e o financiamento do SUS são de alçada pública, tendo a participação mista das esferas; sendo que a prestação dos serviços ocorre através do Estado, União e Municípios, podendo ocorrer por meio dos prestadores de serviços privados quando estes são conveniados ou contratados (CONASS, 2007; 2015b).

2.1.2 Saúde Coletiva, Acessibilidade e Percepção do Usuário no Sistema Único de Saúde do Brasil

A avaliação dos serviços na área da Saúde Coletiva é relevante, pois permite oferecer direcionamentos e opções no processo de planejamento e também pode favorecer o controle técnico e social dos serviços e programas prestados à sociedade. Estudos sobre avaliação de serviços, programas e ações específicas de saúde têm sido produzidos. No entanto, existe uma escassez de produção científica sobre a satisfação dos usuários em relação aos serviços prestados na atenção básica, principalmente na Saúde da Família. É importante destacar que a Estratégia Saúde da Família (SFH) foi implantada no Brasil há mais de uma década e avaliada pelo próprio Ministério da Saúde (MS). O Ministério apontou a necessidade de estudos locais para analisar como os serviços se relacionam com os usuários, atentando amplamente a família da mulher pesqueira (KWENA, *et al.*, 2020).

Existem várias definições nas abordagens teóricas sobre a qualidade da assistência na avaliação das práticas de saúde, enquanto o termo aceitabilidade é aquele que está diretamente relacionado às expectativas e satisfação dos usuários. Aceitabilidade é definida como um conjunto de fatores na relação médico-paciente e sistema de saúde paciente-paciente. A aceitabilidade compreende a acessibilidade, a relação médico-paciente (aqui incluímos a relação equipe de saúde-usuário), o ambiente e a edificação, as preferências do paciente quanto aos efeitos e custos do tratamento e tudo o que o paciente considera justo e justo (LEITE, *et al.*, 2019).

Ao se considerar a aceitabilidade, a utilização de serviços de saúde sempre se referirá a necessidades e expectativas, individuais ou coletivas, relacionadas a um problema de saúde, ou a um conjunto de problemas. Ao utilizar tais serviços, o indivíduo pode ou não ter suas necessidades e expectativas atendidas; e o nível de satisfação permite inferir qualidade em vários momentos da assistência, em um processo interativo que ocorre desde a entrada até a saída da unidade de saúde. Ao avaliar sistemas de saúde e/ou serviços de saúde, devemos ter em mente que os serviços/ações entregues têm como meta os usuários, que fazem parte do processo organizacional e do processo de entrega dessas ações (KWENA, *et al.*, 2020).

Acesso refere-se à possibilidade de utilização dos serviços de saúde quando necessárias características expressas da oferta que favorecem ou dificultam a capacidade das pessoas de utilizar os serviços de saúde quando necessário, principalmente para a família da mulher pesqueira. As barreiras de acesso têm origem no sistema e nas características dos serviços de saúde. A disponibilidade dos serviços e sua distribuição geográfica, a disponibilidade e a qualidade dos recursos humanos e tecnológicos, os mecanismos de financiamento, o modelo de atendimento e as informações sobre o sistema são características da oferta que afetam o acesso (LOPES, *et al.*, 2020).

A atenção primária à saúde compreende aspectos relacionados ao primeiro contato, atenção continuada, integralidade e coordenação. A atenção no primeiro contato refere-se às características de acessibilidade das unidades, tais como, horário de trabalho disponível, facilidade do transporte coletivo, edificações adaptadas para deficientes físicos, possibilidade de agendamento de consultas, tempo de espera na sala de espera para tais atendimentos, e sem barreiras linguísticas ou culturais. Esta acessibilidade permite que as pessoas cheguem aos serviços para a mulher pesqueira, ou seja, esse é um dos aspectos da estrutura de um sistema ou unidade de saúde necessários para o primeiro contato. É o elemento estrutural necessário para o primeiro cuidado. Para oferecê-lo, o local de atendimento deve ser de fácil acesso e disponibilidade (LEITE, *et al.*, 2019).

2.2 PESCA ARTESANAL

No Brasil, é possível reconhecer três processos transversais nos territórios costeiros: i) transformações regulatórias, ii) transformações em atividades produtivas, iii) transformações de mercado.

As transformações normativas, desde os anos 90 até o presente momento, significaram um crescimento na regulamentação de práticas nas atividades pesqueiras artesanais, regulando atividades categorizadas como legais e outras ilegais. Tornar visível a participação das mulheres na pesca artesanal nas transformações territoriais costeiras implica reconhecer sua trajetória, permitindo compreender o seu potencial e a projeção de alternativas ao desenvolvimento e à sustentabilidade. A mulher teve que adaptar suas práticas diárias entre os dois mundos.

Um exemplo disso é o que acontece com a pesca descartada. A legislação regula quais espécies estão autorizadas a serem extraídas, seu tamanho e quantidade, que são pescadas de tamanho menor que não podem ser declaradas e são usadas para cozinhar em família, trocar ou congelar no comércio local em menor escala (CORTEZ, 2010).

Em relação às transformações nas atividades produtivas, as mulheres têm se destacado pelo desenvolvimento em espaços historicamente consolidados, como produção local de pequena agricultura, coleta de algas e mariscos, elaboração e reparo de artes de pesca, troca e *marketing* local, entre outros (HARPER *et al.*, 2013). Essas atividades normalmente não são remuneradas, mas nas últimas décadas elas diminuíram e foram substituídas pelo trabalho assalariado industrial, no qual as mulheres têm poder de compra maior do que antes, o que causa tensões sobre os papéis (REBOLLEDO, 2012; CORTEZ, 2010).

É essencial tornar a produção familiar visível realizada pelas mulheres, uma vez que contribuem para percentuais da cadeia econômica superiores a 40% do apoio de seu grupo familiar. Para tornar visível esse papel das mulheres, devem ser consideradas as estatísticas de produção desagregadas por sexo, bem como determinar o número de horas diárias que as mulheres dedicam à atividade direta de captura ou preparação de peixes para consumo ou venda (ANDRADE, 2020).

Ao longo da história da humanidade, o trabalho se apresentou das formas mais diversas. Há quem diga que tudo em nossas vidas depende de um “trabalho” considerando-se o conceito primário da palavra fazendo-se assim lugar central na constituição da sociedade. As relações de trabalho/emprego sofreram ajustes,

adaptações, modificações, melhorias, avanços tecnológicos e se mantêm em constante mudança face às transformações de conceito e de recursos.

O trabalho, por meio da execução de tarefas que levam a alguma finalidade, expressa muitos significados e cada um de forma particular para cada estilo de atividade e de pessoas que as executam. Com o objetivo de produzir bens e serviços através do desempenho de tarefas ou geração de produtos, remunerado ou não, o trabalho exige empenho físico e mental para atender as necessidades que a vida humana precisa (GIDDENS, 2012).

As civilizações vislumbram no trabalho a base de sua sobrevivência, independente da forma, das relações, vínculos trabalhistas e das atividades ocupacionais. A ocupação ou emprego compreende o trabalho realizado em troca de um salário ou pagamento regular ou não relacionando sempre ao aspecto econômico (SILVA, 2017).

A partir da segunda metade do século XX, o que se percebe mundialmente é uma sensível modificação nos processos de trabalho nos países desenvolvidos e, com isso, a necessidade de adaptação do trabalhador perante as inovações tecnológicas e organizacionais. A chamada Revolução Industrial 4.0 trouxe consigo a automatização de muitos serviços e atividades.

Em alguns setores de atividade ou áreas da economia, o sistema de capital não apenas renuncia promover o que se chama de “alto grau de desenvolvimento das forças produtivas” ao não investir nestas, especialmente em razão de suas baixas taxas de acumulação, como também transmite sua ideologia em práticas que aparentemente não se enquadram como organizações produtivas tipicamente capitalistas. Tais atividades, para garantir a tendência de controle hegemônico do capital, são mantidas de forma tradicional (MENEGETTI, FARIA, 2012).

Esse é o caso do trabalho artesanal, como atividade componente de uma forma social de produção. A manutenção artesanal não intervém negativamente no processo de acumulação do capital ao não concorrer com este, ao mesmo tempo em que sua produção excedente de valor de uso e de troca de subsistência é destinada a empreendimentos capitalistas a baixo custo. Concentra-se na prestação de serviço em que, na maioria das vezes, ocorre a geração de um produto a ser entregue recebendo valores em troca da obra do trabalho, sem um salário fixo no final (PENA, GOMES, 2011).

Em sua grande maioria, o trabalho artesanal é realizado por meio de cooperação, na qual membros de uma determinada comunidade trabalham juntos com o intuito de chegar a um produto final por meio de fases de produção iguais ou em etapas diferentes, mas sempre conexos (KELLER, 2011).

Essas estruturas de trabalho artesanal não se organizam de forma integrada como se costuma observar nas administrações de base matricial taylorista\fordista. Segundo Bourdieu (1989), essa tradição se estabelece por meio de *métier* inscrita em “*habitus*”, herdada dos saberes familiares. Destacando domínio sobre todas as etapas do processo de trabalho, ou seja, um único trabalhador desempenha todas as funções ou tem conhecimento de suas etapas no todo.

A maioria da produção desse trabalho é realizada no núcleo familiar, onde se configura o trabalho artesanal domiciliar, o qual é transmitido através das gerações levando aprendizagens e habilidades bem específicas como posturas, técnicas, habilidades motoras bem precoces a essa classe popular de forma profunda e inconsciente (MEDEIROS, 2011).

As transformações do trabalho artesanal têm suas próprias dinâmicas em razão da peculiaridade e heterogeneidade e, nesse mundo, enfrenta a difícil realidade socioeconômica que é marcada pelo trabalho informal e precário e geralmente comercializam seus produtos informalmente por meio de intermediários. E estes adquirem por preços subavaliados, tirando vantagens da situação social desses trabalhadores que na maioria das vezes não tem conhecimento do valor do seu trabalho, vivendo em condições economicamente precárias (KELLER, 2011).

Devido a essas condições, esses trabalhadores tendem a aumentar sua carga de trabalho para ter mais produtos para venda, levando a um ritmo intenso de trabalho e conseqüentemente ao adoecimento por diversos fatores. Esta é a chamada *cadência infernal*, que se dá por uma modalidade particular de intenso ritmo de trabalho (WISNER, 1993).

Dentro dos trabalhadores artesanais se encontram os que atuam no campo da pesca e são considerados uma das mais tradicionais categorias no campo do trabalho no mundo, com aproximadamente 38 milhões de pessoas atuando nessa área em tempo integral ou parcial (RÊGO *et al.*, 2018). Destes, 98% vivem em países em desenvolvimento da Ásia, África e América Latina e produzem aproximadamente metade da produção anual do pescado marinho e suprem a maioria dos peixes consumidos no mundo desenvolvido (BERKES *et al.*, 2001).

Entendendo que a pesca, enquanto atividade comercial existe dentro de especificidades que definem modos e normas de existência, há os pescadores e pescadoras de rio, lagoas, açudes, a qual motivam diferenças estruturais na forma como se percebem enquanto categoria. Maldonado (1986) classifica como tipos de pescador, os pescadores agricultores: que pescam e plantam para consumir e comercializar, são frequentemente considerados agricultores. Atividades que envolvam a terra e o cultivo, geralmente são atribuídas para as mulheres e crianças.

O artesanato também pode surgir como alternativas para aumentar os rendimentos da família e, em algumas regiões do País, tornam-se uma forte tradição entre as comunidades pesqueiras. Os pescadores industriais são definidos como trabalhadores empregados em uma empresa capitalista, cuja estrutura se difere da pesca artesanal.

Ser pescador e pescadora artesanal não significa só viver da pesca, mas sim se apropriar dos meios de produção e ter o controle e os saberes exigidos pela atividade da pesca. A arte de pescar exige o domínio de uma série de qualidades físicas e intelectuais que, nas maiorias das vezes, foram adquiridas baseadas na experiência cotidiana na pesca, conhecimentos esses que acabam por se tornar os segredos da profissão (DIEGUES, 1983).

Segundo o Ministério da Pesca e Aquicultura – MPA (2012), no Brasil, a pesca artesanal é realizada na região litorânea. Segundo registros do MPA até 2011, 98,7% são pescadores e pescadoras artesanais e possuem uma grande relevância social, econômica e cultural, consistindo em uma atividade individual ou familiar, sendo utilizada para subsistência do pescador e sua família.

Realizada principalmente no litoral brasileiro, mesmo antes da região ser colonizada (SANTOS *et al.*, 2012), essa atividade geralmente é influenciada por fatores como manejo, problemas ambientais, exploração e condições climáticas (BENDER *et al.*, 2013; SEIXAS *et al.*, 2014). Pode ser realizada por um pescador de forma autônoma, com ajuda momentânea de parceiros ou dentro do seio familiar, envolvendo toda a família, tornando assim um diferencial importante através de valores como a cooperação e articulação, consolidando um processo de aprendizagem coletiva e dinâmica (OLIVEIRA, SILVA, 2012; CAMPOS, 2018).

Em relação às formas de trabalho, a pesca é considerada uma das mais antigas atividades produtivas de toda vivência humana, tomando uma enorme dimensão, especialmente por conta da complexidade e da sua dinâmica de

execução, representando um pilar econômico para comunidades (MAZOYER, ROUDART, 2010; SANTOS *et al.*, 2012).

Além da geração de mão de obra em tempo integral ou parcial, fornece subsistência para o sustento de muitas famílias, porém as comunidades pesqueiras estão entre as mais pobres, estimando-se que 5,8 milhões de pescadores no mundo tenham uma renda equivalente a menos de US\$ 1 por dia (WORLD BANK, 2012).

A estrutura social e econômica dessas comunidades é complexa devido aos desafios encontrados na atividade. A maioria dos pescadores possui baixa escolaridade, enfrenta condições precárias de trabalho e dispõe de pouca ou nenhuma infraestrutura para beneficiamento e venda do pescado, além de não possuir documentação profissional, impossibilitando o acesso a direitos como previdência social, que assegura benefícios como aposentadoria por idade ou invalidez, auxílio acidente, doença entre outros, além do seguro defeso e políticas públicas específicas. Diante de tal situação, percebe-se que grande parte dos trabalhadores da pesca ainda desconhece os direitos fundamentais para efetivação da cidadania ou enfrentam dificuldades para acessá-los (RODRIGUES, 2012).

Os pescadores artesanais fazem parte de uma categoria de trabalhadores de grande escala, porém, mesmo após milhares de anos de existência o acesso à saúde do trabalhador, direito ambiental e direito à previdência social ainda é muito escasso e não reconhecido (PENA, GOMES, 2014). Segundo Rêgo e colaboradores (2018) muitas pesquisas vem gerando resultados importantes para a implantação de uma rede de atenção à saúde do pescador artesanal, reconhecendo junto a previdência social o nexos causal entre condições de trabalho, acidentes de trabalho e as doenças que podem surgir.

A realidade é que essa categoria contempla homens, crianças e, principalmente, mulheres que se expõem a todos esses riscos. Tais condições se agravam quando há processos de adoecimento sem acesso a proteção à saúde enquanto trabalhadores, tornando-se assim, cada vez mais vulneráveis diante da condição de pobreza e por se manterem utilizando modos de trabalho tradicionais perante a gigantesca hegemonia da sociedade industrial e terciária (PENA, MARTIN, REGO, 2013).

Alvaréz e colaboradores (2017), em estudos realizados no sul do Chile, apontam que a crescente participação da mulher no trabalho da pesca artesanal se deu pela necessidade de contribuir para o orçamento familiar, sendo assim, forçada

a cumprir juntamente com os homens o papel de geradora de renda. A partir de vários estudos etnográficos ficou clara a crescente participação da mulher nesses territórios, tornando-se potencialidades nesse tipo de trabalho através da importância e singularidade de sua atuação nesse ofício. Ganham seu lugar ao lançar-se ao mar em busca do sustento da sua família, ocupando espaço historicamente tomado apenas por homens (MARTINS & ALVIM, 2016; FONSECA *et al.*, 2016).

Em um estudo realizado por Andrade & Schiavetti (2015), comparando a pesca artesanal no Brasil e em Portugal, mostra que em ambos, nas comunidades pesqueiras, existem muitos conflitos locais como, por exemplo, conflito com pescadores amadores, pesca de arrasto na praia, utilização do método da rede para a captura de mariscos, resistência ao uso de equipamentos de segurança, estação fechada para pesca de algumas espécies de peixes. Por isso, são necessárias as iniciativas educacionais em parcerias com instituições para que ocorram novas formas de relacionamento, fazendo com que o espírito associativo local cresça, mas para tanto é necessária uma negociação política e legal que crie instrumentos capazes de incentivar conversas entre os atores locais e os agentes supervisores.

Em uma abordagem geral, Santos e colaboradores (2012) falam das condições gerais da pesca no Brasil, mostrando que ela se encontra ameaçada de extinção em muitas das suas formas e locais de ocorrência devido às limitações da atividade por falta de políticas públicas ou por falta de clareza na legislação existente, fraca competitividade de venda devido ao vigor da pesca industrial, fatores legais da atividade, perturbações por ocorrência de poluição das águas e, especialmente, a baixa qualificação dos pescadores. Porém, mesmo com todos esses problemas, a pesca artesanal ainda é responsável por mais de 50% da produção nacional (SOARES, LOPEZ, MUTO, 2011).

Estes são agentes fundamentais para o processo educativo que contribuem para que os trabalhadores e trabalhadoras da pesca tenham conhecimento acerca dos problemas de saúde gerados na atividade, além dos direitos que possuem, das formas de prevenção e das conquistas necessárias para a redução dos riscos inerente à profissão. Assim, a pesca artesanal constitui um desafio para as instituições públicas de saúde e previdência social, em especial nas esferas da atenção à saúde e da vigilância da saúde do trabalhador (MARTINS *et al.*, 2017).

2.2.1 Saúde dos pescadores artesanais

De acordo com a Organização Internacional do Trabalho (OIT), a pesca é caracterizada como uma atividade perigosa, a qual coloca os pescadores em risco de morte sete vezes maior do que quando comparado com outras atividades do setor industrial, podendo ser citados como os principais riscos: naufrágio, condições adversas do tempo e encontro com animais aquáticos perigosos (BERCINI; TOMANIK, 2006).

Em um trabalho conduzido por Dall'Oca (2004), com os pescadores de Mato Grosso do Sul, as queixas mais frequentes eram as dores de origem neuromusculares e articulares, representadas por dores nos punhos, braços, juntas, ombros, costas, peito, coluna, câimbras ou dores pelo corpo em geral; estas, muitas vezes, relacionadas ao desconforto físico sentido pelos trabalhadores no momento do desenvolvimento de suas atividades. Outras queixas frequentemente relatadas estavam relacionadas com problemas de respiratórios, como bronquites, pneumonias, gripes e resfriados, que eram traduzidos por meio de crises de tosse, falta de ar e obstrução nasal.

Alguns textos da OIT já abordavam relatos de enfermidades relacionadas com o trabalho de pesca, sendo comumente citadas as bursites, tenossinovites, doenças do aparelho digestivo, tensão nervosa, excesso de consumo de álcool e/ou fumo, enfermidades respiratórias, sinusites, cáries dentárias, dermatites originadas pelo contato com óleo diesel e perda de audição, provocada pela exposição a níveis de ruído excessivos (FIGUEIREDO; MORENNA; PROST, 2014).

Stadtler e colaboradores (2015) avaliaram a saúde de 101 pescadores do Mar del Plata e neste estudo foi encontrada a correlação significativa entre a exposição dos trabalhadores aos fatores de riscos no ambiente de trabalho, como umidade, vento, radiação solar, ruído, calor, frio e sintomas reumáticos, bronquites, úlceras digestivas, problemas de origem geniturinárias, transtornos circulatórios, tabagismo, etilismo, transtornos psiquiátricos e enfermidades dermatológicas. E Rodrigues (2012) encontrou resultados, em que foram detectadas bactérias do gênero *vibrio* em feridas dos membros inferiores de alguns pescadores.

A coleta de mariscos representa modalidade de atividade importante, especialmente no mundo da pesca artesanal. Pode ser feita de forma exclusiva ou como complemento da pesca, ou mesmo de outra atividade agrícola. No campo

artesanal, suas atividades de preparação consistem na elaboração e reparo de redes, cestos e barcos e ganchos para carne, além de prestar serviços aos barcos de pesca. Eles pescam por razões comerciais ou de subsistência, em canoas em áreas próximas aonde vivem. Os pescadores também recuperam larvas de camarão e fritam peixe para manter a aquicultura hermética. Recolhem algas e mariscos e trabalham com homens no mar (JESUS; PROST, 2011).

Os trabalhadores da pesca artesanal estão sujeitos a riscos de acidentes relacionados ao trabalho devido às técnicas e instrumentos rudimentares utilizados como: faca ou facão, colher de pau ou alumínio, enxada, panela de alumínio e/ou lata, anzóis (varas e linhas), redes para pesca, canoas a remo e à vela, ratoeiras e bombas. Esses materiais são usados para coleta de ostras, pesca de camarão e guaiamu, captura de siri, dentre outros fins (PENA, MARTINS, REGO, 2013).

Além dessas condições de trabalho, outros fatores podem acarretar em riscos de lesões durante a atividade pesqueira, como mordidas de peixes venenosos, picadas de insetos e cortes com conchas (PENA, 2011). Esses trabalhadores se expõem diariamente a risco de traumas físicos e consequente surgimento de feridas cutâneas em vários momentos da atividade, além de adoecimentos por motivos inerentes à profissão como o surgimento de LER/DORT¹ (RIBEIRO, *et al*, 2015). Os distúrbios musculoesqueléticos são resultados da ação de múltiplos fatores do trabalho, tanto da demanda física devido a posturas anômalas, repetitividade dos movimentos e esforço físico como das demandas psicossociais relacionadas ao ritmo acelerado de trabalho (FERNANDES, *et al.*, 2010).

Os diversos estudos conduzidos com a categoria revelaram o adoecimento como uma influência negativa na vida econômica e social do pescador, alguns demonstram casos de agravo à saúde, incluindo alguns casos que evoluíram para óbito e com doenças de veiculação hídrica e de vetores, além de transtornos mentais. Alguns autores atribuem esses acontecimentos basicamente às questões econômicas e de total desamparo a comunidade pescadora (DIAS, *et al.*, 2007).

¹ LER/DORT: Sigla que designa as Lesões por Esforços Repetitivos / Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho e conforme Instrução Normativa nº 98 de 05 de dezembro de 2003, compreende uma síndrome relacionada ao trabalho, caracterizada pela ocorrência de vários sintomas concomitantes ou não e compromete o sistema musculoesquelético (BRASIL,2003).

As mulheres representam uma alta proporção de trabalhadores na aquicultura de subsistência, em empresas de processamento artesanal de mariscos². É importante salientar que 47% dos 120 milhões de pessoas que recebem renda diretamente dos mariscos são mulheres (JESUS e PROST, 2011).

Por um lado, a prática de mariscarem realizada pelas mulheres aponta para alguns desafios, a exemplo da falta de dinheiro delas para investir em melhores barcos e equipamentos, assim como a falta de tempo para alcançar áreas de pesca mais remotas, pois precisam cuidar de suas famílias. Por outro lado, geralmente não são bem-vindas a bordo dos grandes barcos mais adequados para o mar aberto. Dessa forma, as mulheres são duplamente afetadas pela mariscagem insustentável apesar de muitas vezes serem responsáveis por alimentar toda a família. A mariscagem responsável e sustentável pode levar a melhores condições para as mulheres e ajudar a estabilizar ou até aumentar a população de mariscos perto da costa, áreas mais fáceis para as mulheres acessarem (DA SILVA, 2019).

2.2.2 Saúde pública para a mulher pesqueira

Com o crescente reconhecimento de que a pesca sustentável requer comunidades pesqueiras viáveis, a melhoria da sustentabilidade social das comunidades dependentes da pesca é cada vez mais vista como um objetivo legítimo e importante da governança pesqueira. A saúde humana tem sido reconhecida como um importante fator que contribui para a sustentabilidade social. No caso das comunidades pesqueiras, a importância dos frutos do mar para a nutrição e a segurança alimentar fornece uma ligação direta entre a pesca e os resultados para a saúde humana. No entanto, a pesquisa sobre diferentes problemas de saúde e seus condutores nas comunidades pesqueiras só recentemente se tornou uma área de foco para a pesquisa pesqueira. Enquanto isso, a política de pescas tem lutado para incorporar objetivos sociais, como a saúde, aos sistemas de governança da pesca (LOPES, *et al.*, 2020).

² **Marisco** é um termo coloquial e de pesca para invertebrados aquáticos portadores de exoesqueleto usado como alimento, incluindo várias espécies de moluscos, crustáceos e equinodermes. Embora a maioria dos tipos de moluscos seja colhida em ambientes de água salgada, alguns são encontrados em água doce (OLIVEIRA, 2016).

Enquanto uma boa saúde sustenta a capacidade das pessoas de contribuir para uma pesca sustentável, os pescadores frequentemente experimentam problemas de saúde e estão expostos a uma variedade de riscos ocupacionais. A pesca é amplamente considerada uma das ocupações mais perigosas em tempos de paz devido à alta incidência de mortes. As preocupações de saúde documentadas incluem acidentes e lesões resultantes do trabalho em condições climáticas imprevisíveis, uso de maquinário pesado em plataformas instáveis e fadiga relacionada a longas horas de trabalho. Problemas físicos crônicos têm sido associados a trabalho pesado e comportamentos como alto consumo de álcool, fumo e dieta inadequada. A literatura emergente sugere que problemas de saúde mental, como ansiedade e depressão, também podem ser prevalentes entre os pescadores (DE PONTES, *et al.*, 2020).

A saúde é afetada por circunstâncias econômicas, sociais, políticas e comportamentais. Os impactos dos problemas de saúde são exacerbados pela natureza autônoma da maioria dos pescadores, que geralmente são remunerados com base nas capturas, e podem cair nas brechas dos sistemas de seguridade social. Os custos fixos imprevisíveis e elevados da pesca, entre outros fatores, fazem com que os pescadores tendam a priorizar as oportunidades de pescar em detrimento da saúde. Os pescadores também são menos propensos a procurar ajuda e podem minimizar a importância da saúde e segurança ocupacional. Exacerbando esses desafios, as comunidades pesqueiras podem estar relativamente isoladas e desconectadas dos serviços vitais. No entanto, o estilo de vida na pesca também pode trazer benefícios para a saúde, incluindo os efeitos positivos da ingestão de peixes na dieta, atividade física e altos níveis de satisfação no trabalho (DE PONTES, *et al.*, 2020).

A saúde precária tem implicações importantes para a integridade social, viabilidade econômica e sustentabilidade ambiental da pesca. Mais imediatamente, em ocupações fisicamente exigentes, como a pesca, a saúde é um ativo essencial que sustenta a produtividade. As questões de saúde relacionadas à pesca também vão além dos pescadores individuais, indo até a indústria pesqueira, famílias de pescadores e comunidades pesqueiras. As empresas de pesca costumam incorporar membros da família; assim, a saúde dessas famílias é importante para a manutenção de comunidades pesqueiras viáveis. As relações sociais e as redes de apoio também contribuem para a melhoria da saúde mental e desempenham um

papel significativo no enfrentamento dos problemas de saúde. Allison e Seeley (2018) demonstram que além dos custos macroeconômicos reconhecidos de saúde precária, a capacidade física reduzida dos pescadores pode resultar em mudanças inesperadas em direção a espécies-alvo de acesso mais fácil, com implicações potenciais para os ecossistemas marinhos. Evidentemente, a saúde humana é fundamental para apoiar os múltiplos propósitos da pesca sustentável, que incluem a produção de alimentos e geração de renda que, por sua vez, pode apoiar a segurança alimentar e o atendimento das necessidades básicas (LOPES, *et al.*, 2020).

Uma abordagem emergente para o bem-estar na pesca que ajuda a reconciliar essas perspectivas é o conceito de bem-estar social. A abordagem defende uma visão holística do bem-estar, onde as necessidades humanas são atendidas, onde se pode agir de forma significativa para buscar seus próprios objetivos e onde se pode desfrutar de uma qualidade de vida satisfatória. O SUS reconhece três dimensões interligadas de bem-estar que moldam a saúde de maneiras diferentes em contextos culturais e sociais. Primeiro, a saúde é moldada pelas condições materiais que cercam uma pessoa, por exemplo, seu ambiente de trabalho e recursos materiais. Em segundo lugar, a saúde é influenciada por relacionamentos que permitem às pessoas alcançar o bem-estar, incluindo relacionamentos que fornecem suporte social. Terceira percepção subjetiva, como satisfação com a qualidade de vida e senso de autoestima, influenciam a saúde dos indivíduos. No caso da pesca, o bem-estar multidimensional é evidente no forte senso de identidade e apego à pesca, que é vista não apenas como uma ocupação, mas como um modo de vida. Assim, argumentamos que a saúde está na intersecção das três dimensões do bem-estar social (DE PONTES, *et al.*, 2020).

2.2.3 Perspectivas de assistência a saúde para mulher pesqueira

Muitos dos desafios enfrentados pelas comunidades pesqueiras que podem causar impacto na saúde, como um ambiente de trabalho físico e perigoso, o estilo de vida dos pescadores, o acesso aos recursos naturais e a prestação de serviços, são compartilhados entre contextos geográficos. No entanto, esta análise destacou que a pesquisa sobre questões de saúde na pesca está distribuída geograficamente de forma desigual. Isso pode ser o resultado de diferentes interesses de pesquisa,

prioridades de financiamento ou disponibilidade de dados. Por exemplo, a ausência de pesquisas sobre acidentes e lesões na amostra de estudos no interior dos estados do norte do Brasil pode refletir o monitoramento deficiente dos acidentes, e não a ausência desse risco à saúde (SILVA, *et al.*, 2020).

As diferenças geográficas também podem refletir os desafios de saúde dominantes em diferentes regiões do Brasil. Em países de alta renda, os principais fatores de risco para a saúde são aqueles relacionados a doenças crônicas, como doenças cardíacas e câncer, e incluem uso de álcool e tabaco, obesidade e hipertensão. Isso se reflete em nossas descobertas por estudos que destacam o peso excessivo e a dieta pobre em pescarias europeias. Em contraste, os maiores riscos para a saúde em países de baixa renda são aqueles que exacerbam a incidência ou gravidade das doenças infecciosas. No Amazonas, a pesquisa sobre HIV e AIDS foi extensa. Este trabalho destacou maneiras pelas quais as comunidades pesqueiras podem experimentar maior vulnerabilidade a um problema de saúde local prevalente, como por meio do consumo de álcool, atividades sexuais de alto risco, falta de acesso a suporte adequado e alta mobilidade da população. À medida que os padrões globais de saúde mudam, é importante que a oferta de saúde e a pesquisa nas comunidades pesqueiras se adaptem de acordo (TULLIO, 2019).

Nossa análise indica poucos exemplos de trabalho comparativo entre regiões geográficas, apesar das oportunidades de melhor compreender e melhorar a saúde das comunidades pesqueiras observando pescarias que compartilham características semelhantes. As oportunidades de aprendizagem incluem a melhoria da aceitação de práticas de saúde e segurança a bordo, o fornecimento de cuidados de saúde em terra e a eficácia das iniciativas de política em nível nacional.

Esta análise destaca que a saúde das comunidades pesqueiras é um componente multifacetado e complexo da pesca. Uma abordagem de bem-estar social é multidimensional e captura elementos materiais, relacionais e subjetivos de bem-estar. Como tal, situa a saúde na dinâmica mais ampla das comunidades pesqueiras, reconhecendo que “estar bem” pode ser subjetivo e informado pelo contexto em que os indivíduos vivem e trabalham. Ao colocar a saúde na interseção dos diferentes domínios do bem-estar social, sugerimos três áreas-chave nas quais uma estrutura de bem-estar social pode avançar nossa compreensão da saúde na pesca (TULLIO, 2019).

Em primeiro lugar, a incorporação de dimensões subjetivas de bem-estar pode ajudar a ampliar a compreensão da saúde para além dos determinantes materiais da saúde. Os determinantes materiais são importantes, conforme demonstrado nesta análise, mas podem não ser totalmente responsáveis por alguns dos fatores mais intangíveis da saúde, como o efeito das “incertezas modernas” do manejo pesqueiro contemporâneo na saúde mental. Ou como as mudanças regulatórias, ambientais, sociais e econômicas podem ser vivenciadas de maneira diferente entre as linhas de gênero ou em relação a experiências anteriores de eventos traumáticos. Ao englobar perspectivas subjetivas, uma abordagem de bem-estar social pode ajudar a elucidar como os determinantes da saúde afetam os resultados da saúde em um contexto dinâmico e refletem melhor a heterogeneidade dentro das comunidades pesqueiras. Compreender esta diversidade é essencial para promover uma maior compreensão da sustentabilidade social da pesca (YELA QUINTERO, *et al.*, 2017).

Perspectivas subjetivas sobre saúde podem ser integradas em abordagens que já dependem de autorrelato das condições de saúde, mas o trabalho adicional que aplica explicitamente uma estrutura de bem-estar social pode ajudar a capturar a amplitude de experiências subjetivas dentro e entre contextos. Em segundo lugar, o bem-estar social enfatiza a importância dos relacionamentos com os outros. Dado que a saúde está inserida em um contexto específico e é construída social e culturalmente, a definição do que significa ser saudável será em parte extraída dessas relações mais amplas. Por exemplo, percepções de saúde e atitudes e comportamentos associados podem ser influenciados por normas sociais, como normas de masculinidade (VENKATESH, *et al.*, 2020).

As relações sociais também podem ajudar ou dificultar a obtenção dos resultados de saúde desejados. Kilpatrick e colaboradores (2014) destacam a importância das relações familiares e de indivíduos específicos, muitas vezes mulheres, dentro da comunidade pesqueira que fazem a ponte entre a indústria, a comunidade e os serviços de saúde. Operacionalizar uma perspectiva de bem-estar social amplia o escopo da investigação sobre a saúde na pesca. Ao reconhecer o papel das relações na manutenção de comunidades pesqueiras viáveis, incentiva uma investigação mais ampla da saúde para abranger a da comunidade e chama a atenção para as relações no mar e em terra que moldam os resultados da saúde. Além disso, pode ajudar a refinar as intervenções de saúde para serem mais direcionadas a contextos culturais e sociais específicos.

2.3 GÊNERO E SAÚDE

A igualdade de gênero consiste em direitos, responsabilidades e oportunidades para todas as pessoas. É um pilar necessário para alcançar um mundo sustentável, pacífico, próspero e saudável que não deixe ninguém descuidado. É um resultado humano fundamental estabelecido na Declaração Universal dos Direitos Humanos e é essencial para alcançar todos os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (SALLY, 2017).

O gênero é um fator determinante nas iniquidades em saúde. Esta nota descritiva explica como limita a promoção da equidade em saúde, afetando, por exemplo, o acesso à cobertura universal de saúde e como determina as diretrizes profissionais dos profissionais de saúde (MIRANDA, *et al.*, 2018).

Gênero refere-se a papéis, características e oportunidades definidas pela sociedade que são consideradas apropriadas para homens, mulheres, crianças, crianças e pessoas com identidades não binárias. O gênero também é um produto do relacionamento entre as pessoas e pode refletir a distribuição de poder entre elas. Não é um conceito estático, que muda com o tempo e o lugar. Quando indivíduos ou grupos não estão em conformidade com as normas (incluindo os conceitos de masculinidade ou feminilidade), papéis, responsabilidades ou relacionamentos relacionados ao gênero, eles estão sujeitos a estigmatização, exclusão social e discriminação, independentemente do que possa afetar negativamente a saúde. O gênero interage com o sexo biológico, mas é um conceito diferente (GIDDENS; SUTTON, 2017).

Os determinantes da saúde estão relacionados ao gênero, normas, expectativas e funções sociais que aumentam os níveis de exposição e vulnerabilidade a riscos, bem como a proteção contra eles, e o que determina os comportamentos de promoção de cuidados médicos e a busca de atenção médica e a resposta do sistema de saúde à função de gênero (BARBOSA; JÚNIOR, 2017).

Equidade não é o mesmo que igualdade. Paralelamente, nem toda desigualdade é considerada desigualdade. A noção de desigualdade adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) é reservada para desigualdades "desnecessárias, evitáveis e injustas". Assim, enquanto igualdade é um conceito empírico, a equidade constitui

um imperativo ético associado à justiça social e aos princípios de direitos humanos (SALLY, 2017).

Do ponto de vista operacional, a equidade em saúde incluiria a eliminação de disparidades evitáveis em saúde e seus determinantes entre grupos humanos com graus variados de privilégios sociais. Deve-se enfatizar que o problema não é que existem desigualdades, mas que as desigualdades sistematicamente colocam um grupo em desvantagem. Quando se fala em equidade de gênero no estado de saúde, a ênfase nas mulheres é frequentemente questionada, enquanto os homens vivem menos anos e experimentam maior mortalidade do que elas em todas as idades (GIDDENS; SUTTON, 2017).

É importante enfatizar, no entanto, que a equidade de gênero na situação de saúde não significa taxas iguais de mortalidade ou morbidade para ambos os sexos. Refere-se, antes, à eliminação de diferenças evitáveis entre homens e mulheres em termos de suas chances de obter e manter a saúde e a probabilidade de adoecer, sofrer de incapacidade ou morrer prematuramente devido a causas evitáveis (GIDDENS; SUTTON, 2017).

Milhões de mulheres em todo o mundo trabalham, com ou sem remuneração, no setor de pesca. Embora participem principalmente de ocupações antes e depois da própria pesca, às vezes também participam nela. Como em outros ambientes, as mulheres costumam ser usadas em tempos difíceis e quando outros membros da tripulação não podem ser pagos. As mulheres, que têm a responsabilidade primária de alimentar suas famílias, podem recorrer à pesca ou à aquicultura para obter renda e comida adicionais. O dia da mulher na Serra Leoa mostra uma mulher pescando no lago local entre as 4 e as 5:30 da manhã e das 5 às 6 da tarde (BARBOSA; JÚNIOR, 2017).

As principais atividades das mulheres na pesca artesanal ou industrial são realizadas posteriormente, na transformação e comercialização do produto. Nos países em desenvolvimento, as mulheres estão lá quando a pesca chega à praia, e elas separam, limpam, secam e depois o levam ao mercado. Eles podem manter as espécies menos valiosas ou aquelas que não são comerciais para a mesa da família. Na África Ocidental e na Ásia, até 80% do marketing de frutos do mar é realizado por mulheres (BARBOSA; JÚNIOR, 2017).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Este estudo tem como objetivo compreender os significados da saúde, do SUS e do processo de humanização no atendimento multiprofissional às mulheres pescadoras artesanais do Brasil.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

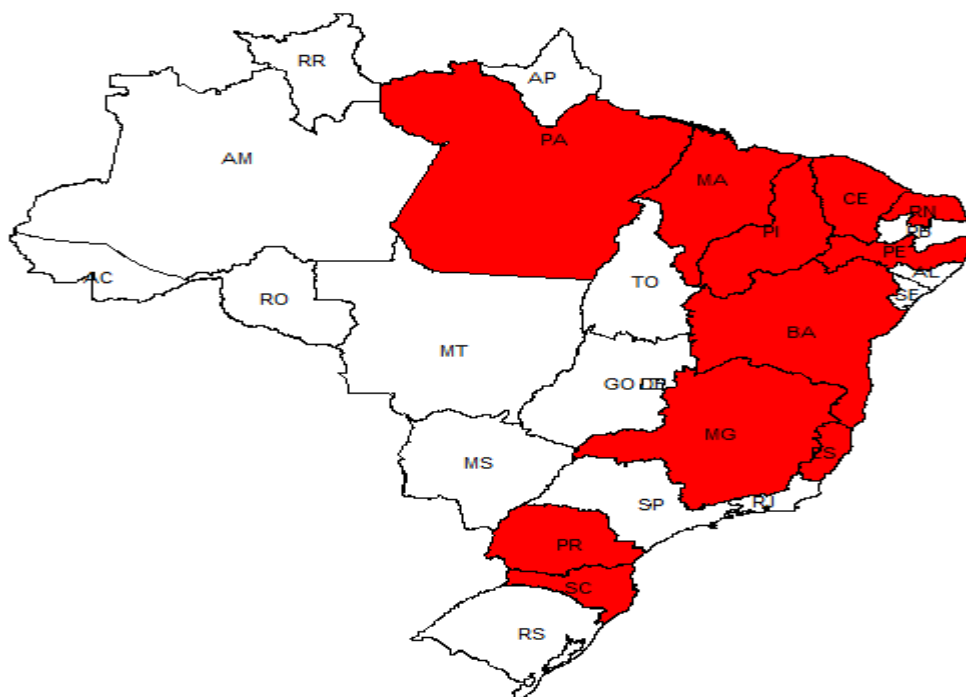
- a) Analisar a diversidade de significados para a saúde e SUS na percepção das mulheres pescadoras artesanais de diversas regiões e modalidades de pesca artesanal no país;
- b) Identificar as perspectivas em relação à assistência à saúde para as mulheres pescadoras artesanais.

4 METODOLOGIA

4.1 JUSTIFICANDO O MÉTODO

O projeto “Educação em Saúde da (o) Trabalhadora (or) da Pesca Artesanal e Formação de Agentes Multiplicadoras em Participação na Gestão do SUS” foi realizado com o objetivo de “Realizar ações de educação” sobre direitos à saúde da (o) trabalhadora (o) na pesca artesanal; e formar lideranças de pescadoras e pescadores de Comunidades Pesqueiras do Brasil para atuação no Controle Social do SUS e sua relação com a saúde da (o) trabalhadora (o). O projeto foi realizado no período de Julho de 2015 a Fevereiro de 2018 e contou com a participação de 40 lideranças de pescadores e pescadoras artesanais de 16 estados do Brasil, totalizando participação de 417 pescadoras, representando 95% da meta prevista e indiretamente 110 mil pescadoras e pescadores dos estados onde estas mulheres estão inseridas (PROJETO: EDUCAÇÃO EM SAÚDE DA (O) TRABALHADORA (OR) DA PESCA ARTESANAL E FORMAÇÃO DE AGENTES MULTIPLICADORAS EM PARTICIPAÇÃO NA GESTÃO DO SUS, UFBA, 2015).

Figura 1: Mapa do Brasil com as 11 regiões destacadas.



Fonte: Elaboração da autora, 2020.

A partir deste projeto, o presente trabalho se propõe a realizar um estudo de abordagem qualitativa com base de dados secundária por meio de análise de conteúdo, ou seja, pretende-se utilizar os dados do Projeto “Educação em Saúde da (o) Trabalhadora (or) da Pesca Artesanal e Formação de Agentes Multiplicadoras em Participação na Gestão do SUS”, para levantar os dados a partir das entrevistas. Segundo Denzin e Lincoln (2006), esse tipo de método é um campo que recobre diversas abordagens usadas para descrever, compreender e interpretar experiências, comportamentos, interações e contextos sociais, atravessando várias disciplinas e temas. Neste estudo, assume-se o conceito de Minayo (2013), segundo o qual a pesquisa qualitativa trabalha natureza dos significados, dos motivos, das aspirações, dos valores, das crenças e das atitudes, levando a explicação dos fenômenos como princípios do conhecimento. Ou seja, ela envolve questões muito particulares com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado e sim compreendido (MINAYO, 2016).

Segundo Andrade & Holanda (2010), o modelo qualitativo estabeleceu crescimentos de grande significância para as ciências humanas, contemplando espaços que o modelo quantitativo não obtinha, como: reconstrução de um conceito mais abrangente do que é empírico, construção de novos paradigmas para as ciências humanas e sociais e interlocução com o humano e seus significados mais subjacentes. Nesse tipo de pesquisa, o ambiente natural é a fonte direta dos dados, sendo descritiva e possuindo como preocupação o processo e não simplesmente o resultado do produto. Os dados tendem a serem analisados individualmente, valorizando o significado e tornando parte essencial de sua abordagem (TRIVINÕS, 1987).

A filosofia de linguagem é complexa e extensa, dentre as inúmeras vertentes tem-se o estudo linguístico do significado, no qual pode-se questionar o que são estes “significados”. Referente ao significado, o qual é inicialmente sugerido por meio do estudo da filosofia e da linguagem, estes são expressos basicamente por expressões linguísticas, isto porque possuem a capacidade da comunicação por meio de mensagens e informações, sejam estas simples ou complexas (LANDIM FILHO, 1984).

Esse tipo de estudo permite averiguar o homem e o mundo em que vive através do uso de observação e reflexão, compreendendo e classificando os processos de mudanças, criando objetos e concepções para formar opiniões de um

determinado grupo, permitindo um envolvimento mais profundo, diante das interpretações das particularidades comportamentais e atitudes dos indivíduos com o intuito de encontrar explicações e elaborar suas ações e ideias a fim de transformar o mundo (CHIZZOTI, 2018; OLIVEIRA, 2004).

A forma de análise, interpretação e inferências pode ser realizada a partir de diferentes abordagens teórico-conceituais. Nesse caso, a abordagem utilizada foi à análise de conteúdo que é tida como um conjunto de técnicas de análise de comunicação que se propõe obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que admitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 1979).

Ela é fundamentada em computar a frequência da aparição de características nos conteúdos das mensagens. É uma técnica com descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo claro da comunicação. Ela encontra-se para a pesquisa qualitativa como a estatística se faz para a quantitativa. As categorias construídas pela análise de conteúdo são achados, cabendo ao pesquisador fazer a discussão/interpretação dos resultados (TAQUETTE, 2016).

A coleta de dados, como dito anteriormente, já foi realizada dentro do projeto “Educação em Saúde da(o) Trabalhadora (or) da Pesca Artesanal e Formação de Agentes Multiplicadoras em Participação na Gestão do SUS”.

4.2 CARACTERÍSTICAS PESSOAIS DO PESQUISADOR (COREQ)

A produção dos dados foi conduzida pela enfermeira, com experiência em saúde da família, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiente e Trabalho – PPGSAT sob a orientação do professor Paulo Gilvane Lopes Pena. No momento a pesquisadora se dedica exclusivamente ao programa de mestrado com auxílio da bolsa de estudos da Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado da Bahia – FAPESB. O orientador desta pesquisa tem uma vasta experiência com as comunidades pesqueiras e suas lideranças, atuando sempre em conjunto com muito, envolvimento por pesquisas relacionadas ao tema e a luta por políticas públicas mais atuantes.

4.3 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS SOBRE O LÓCUS/CONTEXTO

Foram realizadas 11 oficinas/cursos com pescadoras oriundas de 117 municípios de 16 Estados. Cumpriu-se, nesse caso, a totalidade da meta para realização das oficinas definidas para o projeto. Elas ocorreram nos seguintes Estados: Bahia – cidade de Remanso; Pernambuco e Alagoas – cidade de Olinda; Rio Grande do Norte e Paraíba – cidade de Natal; Ceará – cidade de Fortaleza; Pará – cidade de Santarém; Maranhão – cidade de São Luís; Piauí – cidade de Parnaíba; Minas Gerais – cidade de Januária; Espírito Santo, Rio de Janeiro e Sergipe – cidade de Vitória; Santa Catarina e Rio Grande do Sul – cidade de Laguna; Paraná – cidade de Matinhos. O público alvo do projeto foram os pescadores em geral, enquanto que os participantes das oficinas foram mulheres pescadoras caracterizadas como lideranças junto às comunidades pesqueiras.

No que diz respeito aos resultados das oficinas, concluiu-se que houve um aumento da participação de lideranças de pescadoras artesanais nos Conselhos Municipais de Saúde em vários municípios do país, como resultado das oficinas realizadas. Além disso, um dos principais resultados desse projeto, até o momento, foi a caracterização de evidências sobre a existência de quadro epidêmico de Lesões por Esforços Repetitivos (LER) ou Distúrbios Musculoesqueléticos (DME) em pescadores artesanais/marisqueiras, até então desconhecido no país. A gravidade da situação tornou-se visível quando grande número de mulheres pescadoras participantes das oficinas relataram trabalharem com sintomas sugestivos dessa doença ocupacional.

Observou-se, ainda, que há a ocorrência de gravíssimos acidentes com motores de barco provocando escalpe de mulheres pescadoras nos Estados da Bahia, Pernambuco, Santa Catarina, portanto, muito além do que era conhecido na literatura anteriormente como um fenômeno da região Norte do Brasil. Além disso, o câncer de pele foi relatado nas oficinas como importante risco para pescadores artesanais, especialmente para as pessoas com cor branca. Esta situação verificou a necessidade de distribuição de protetor solar para pescadoras e pescadores expostos cotidianamente ao sol, com a finalidade de prevenir câncer de pele.

Por fim, houve a identificação de importante risco de exposição ocupacional ao chumbo (um dos principais agentes tóxicos no mundo relacionado ao trabalho, que pode provocar câncer, alterações fetais, doenças hematológicas, doenças mentais e

neurológicas, doenças renais, dentre outras) por pescadoras artesanais que usam tarrafas com peso de chumbo e prendem as redes nos lábios. Esta prática leva a ingestão de chumbo e foi relatada como amplamente utilizada nos cursos/oficinas da Bahia, Ceará, São Luís, Santa Catarina, até a presente data. Esta modalidade de exposição significa a necessidade de ações urgentes a serem sistematizadas pelo projeto, a exemplo de realização de exames específicos nas Unidades de Saúde da Família, além de discussão de formas de prevenção e eliminação da exposição ao chumbo.

Dessa forma, há um importante volume de dados qualitativos sobre saúde das pescadoras artesanais no Brasil, que necessitam de análise científica para compreender os significados da atual situação das pescadoras brasileiras. A seleção das mulheres pescadoras ocorreu por meio das organizações de pescadoras da Articulação Nacional de Pescadores e do Conselho Pastoral da Pesca, em consonância com o proposto na metodologia do projeto. As oficinas tiveram a participação de 417 pescadoras e assim, os resultados gerados nas mesmas serão utilizados como base para o presente trabalho. A seguir, encontram-se algumas fotos dos momentos das oficinas realizadas.

As atividades do projeto foram oficialmente iniciadas com a reunião do Grupo Gestor, nos dias 21 e 22 de março de 2016, tendo como pautas: a apresentação e o aprofundamento da metodologia utilizada nas oficinas, definição de cronograma e aspecto sobre infraestrutura, apresentação e discussão sobre o roteiro do trabalho, material didático utilizado, infraestrutura da primeira oficina, questões financeiras e uma pauta administrativa.

Durante os quatro dias de atividade em cada oficina com as pescadoras, foram discutidos: significado da noção da saúde para as pescadoras; conceitos e práticas de Vigilância em Saúde; processos de trabalho na pesca artesanal e riscos para a saúde do trabalhador; doenças e acidentes relacionados ao trabalho da pesca; direito à saúde e assistência integral no SUS; direitos previdenciários relacionados ao seguro acidentário e ao segurado especial; SUS/Controle Social; Política Nacional de Saúde do Campo, Floresta e Águas/PNSCFA; e Saúde da Mulher. A última parte de cada oficina houve a elaboração, pelas próprias pescadoras, de Plano de Ação que conduz o direcionamento da atuação no âmbito local, regional e nacional dos problemas levantados durante o curso. A seguir, encontram-se algumas fotos dos momentos das oficinas realizadas.



Figura 2: Abertura da Oficina em Vitória/ES e Apresentação da PNCFA em Matinhos.



Figura 3: Dramatização do processo de trabalho



Figura 4: Política Nacional de Saúde do Campo, Floresta e Águas/PNSCFA



Figura 5: Sistematização, discussão e difusão de experiências das pescadoras artesanais na melhoria das condições de trabalho, ambiente e saúde.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

O presente projeto está amparado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Medicina da Bahia da UFBA, com parecer número 3.604.813, já que é parte do projeto “Educação em Saúde da (o) Trabalhadora (or) da Pesca Artesanal e Formação de Agentes Multiplicadoras em Participação na Gestão do SUS”. Tal parecer garante a autonomia dos sujeitos envolvidos na pesquisa, respeitando a tomada de decisões e a confidencialidade das informações. Esse processo se deve ao fato de o estudo proposto ter seres humanos como sujeitos e, por este motivo, deverá atender às exigências éticas e científicas fundamentadas na Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, que regulamenta a pesquisa que envolve seres humanos (BRASIL, 1996).

Quanto aos benefícios da pesquisa foi possível perceber o significado do impacto social devido ao levantamento da real situação e das dificuldades encontradas pelas trabalhadoras da pesca artesanal. Nessa perspectiva, constitui-se um benefício para essa população no intuito de dar visibilidade à sociedade em relação às dificuldades vividas para que medidas sejam adotadas em relação a essa problemática.

A pesquisa envolvendo seres humanos implica na ponderação entre riscos e benefícios, tanto conhecidos como potenciais, individuais ou coletivos,

comprometendo-se com o máximo de benefícios de danos e riscos. Ainda nesse sentido, a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 diz que:

Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados. Quanto maiores e mais evidentes os riscos, maiores devem ser os cuidados para minimizá-los e a proteção oferecida pelo Sistema CEP/CONEP aos participantes. Devem ser analisadas possibilidades de danos imediatos ou posteriores, no plano individual ou coletivo. A análise de risco é componente imprescindível à análise ética, dela decorrendo o plano de monitoramento que deve ser oferecido pelo Sistema CEP/CONEP em cada caso específico.

4.5 PLANO DE ANÁLISE

O presente estudo foi de base de dados secundária, através de análise dos áudios e transcrições das gravações que foram realizadas durante a realização das oficinas. Esses áudios foram ouvidos e transcritos durante três meses, após essa etapa, essas transcrições foram organizadas em tabelas sendo separadas por cidades onde ocorreu o relato da pescadora e também por subcategoria, após essa etapa foi feita a contagem do número de repetições dessas subcategorias e escolhida para análise as que mais se destacaram.

Conforme Minayo (2008), análise de dados diz respeito a técnicas de pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos. A análise tem como objetivo organizar os dados de forma tal que possibilitem o fornecimento de respostas ao problema proposto para investigação (GIL, 1995). O sentido é uma construção social, interativa e coletiva, por meio do qual as pessoas constroem os termos que compreendem e lidam com as situações e os fenômenos a sua volta (SPINK, 2010).

Segundo Minayo (1996), a análise dos dados nos traz três possibilidades dentro de uma pesquisa qualitativa: a análise de conteúdo, a análise do discurso e a hermenêutica-dialética. Na presente pesquisa foi utilizada a análise de conteúdo como técnica de pesquisa que trabalha com a palavra e possibilita replicar de maneira prática e objetiva influências sobre os dados, através de procedimentos especializados e científicos.

Na análise de conteúdo, o texto é a forma como o sujeito se expressa, no qual o pesquisador busca categorizar as unidades através de palavras ou frases, que se

repetem, por meio de um conjunto de técnicas de análise, procedimentos sistemáticos e objetivos das mensagens e indicadores através da descrição do conteúdo por dedução de frequências ou análise por categorias temáticas (CAREGNATO; MUTTI, 2006).

Nesta presente pesquisa optamos pela análise temática, que segundo Minayo, 1996:

Consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado. Tradicionalmente, a análise temática era feita pela contagem de frequência das unidades de significação, definindo o caráter do discurso. Para uma análise de significados, a presença de determinados temas denota estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamentos presentes ou subjacentes no discurso (MINAYO, 1996, p. 316).

Esse tipo de técnica se divide em três etapas: 1) a pré-análise; 2) a exploração do material e 3) o tratamento dos resultados obtidos e interpretação. A primeira etapa é a fase de organização e escolha dos documentos, que pode utilizar vários procedimentos, tais como: leitura flutuante, hipóteses, objetivos e elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação permitindo a utilização do critério de saturação para determinação do tamanho amostral. Na segunda etapa, os dados são classificados e codificados a partir das unidades de registro para uma redução do texto às palavras e expressões significativas. Na última etapa, faz-se a categorização, que consiste na classificação dos elementos segundo suas semelhanças e diferenças e, por fim, o analista realiza interpretações relacionando-as com o quadro teórico (MINAYO, 1996).

Tendo em vista que as falas utilizadas na categorização foram retiradas de entrevistas feitas dentro do projeto Educação em Saúde da(o) Trabalhadora (or) da Pesca Artesanal e Formação de Agentes Multiplicadoras em Participação na Gestão do SUS”, foi realizada uma leitura e interpretação ampla dos sujeitos analisados na sua relação com as múltiplas dimensões presentes nos dados coproduzidos nas oficinas.

É nessa direção que vamos trabalhar nosso sujeito, por meio das implicações de ordem histórica, sociocultural, política, econômica, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população e assim, poder vivenciar uma experiência no contexto

onde vivem os atores de nossa pesquisa, observando o perfil de cada grupo de pescadoras, diferenciando seus locais de trabalho como rios/lagos e mar aberto, assim como características locais e regionais de cada estado onde vivem.

A análise de conteúdo proporcionou as seguintes categorias selecionadas para o presente estudo: Significado de Saúde através das expressões apresentadas pelas pescadoras artesanais em seus relatos, SUS – Estrutura e Controle Social, Condições de Trabalho e das experiências das pescadoras diante do processo de assistência a saúde do SUS.

4.6 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

Foram sistematizados e, posteriormente, analisados os áudios e transcrições das gravações que foram realizadas durante a realização das oficinas dentro do projeto “Educação em Saúde da(o) Trabalhadora (or) da Pesca Artesanal e Formação de Agentes Multiplicadoras em Participação na Gestão do SUS”. Os resultados dos documentos sistematizados e analisados, bem como as estratégias metodológicas encontram-se apresentados nos artigos que conformam a Dissertação.

5 ARTIGO 1

Significado de saúde para as pescadoras artesanais do Brasil

RESUMO: Os trabalhadores envolvidos na pesca artesanal abrangem grandes populações de trabalhadores em estado de pobreza e vulnerabilidade no Brasil e no mundo. Pesquisas mostram que diante do grande número de pescadoras artesanais, as condições de trabalho na maioria das vezes são insalubres e as expõe a riscos e doenças ocupacionais relacionadas ao trabalho. Nesse contexto, o presente estudo teve por objetivo compreender os significados da saúde e do SUS para as mulheres pescadoras artesanais do Brasil. Para tanto, realizou-se um estudo abordagem qualitativa com base de dados secundária por meio de análise de conteúdo através de análise dos áudios e transcrições das gravações que foram realizadas durante a realização das oficinas do projeto “Educação em Saúde da (o) Trabalhadora (or) da Pesca Artesanal e Formação de Agentes Multiplicadoras em Participação na Gestão do SUS”. No que diz respeito ao significado e ressignificado de saúde, observou-se uma ampliação ou ressignificação do conceito de saúde, no seu conjunto, para além da negação da doença e do entendimento de saúde limitada à prática médica, resultando na aproximação com o conceito ampliado de saúde que fundamenta a própria construção do SUS. Já, no que diz respeito ao significado do SUS para as mesmas, observou-se que é visto de maneira negativa, já que elas observam aspectos desfavoráveis à assistência que lhes deveria ser garantida, contudo em algumas situações verificam-se percepções de avanços, porém se perdem no conjunto das dificuldades e demandas inscritas no cotidiano da vida das pescadoras. Sendo assim, conclui-se que o bem-estar geral é um desejo das pescadoras, que almejam uma vida equilibrada com saúde física e psicológica. Além disso, buscam qualidade de vida por meio de uma alimentação saudável e uma rotina de trabalho que não seja prejudicial a sua saúde, com isso a Estratégia de Saúde da Família é primordial para que as ações de centralidade do SUS sejam desenvolvidas nas comunidades, sendo necessária uma reestruturação das ações para que o atendimento aconteça efetivamente por meio da mesma.

Palavras-chave: Mulheres pescadoras; Acesso ao SUS; Significado de saúde.

ABSTRACT: Workers involved in artisanal fisheries comprise large populations of workers in a state of poverty and vulnerability in Brazil and worldwide. Research shows that in view of the large number of artisanal fisherwomen, working conditions are most often unhealthy and expose them to work-related risks and occupational diseases. In this context, the present study aimed to understand the meanings of health and SUS for artisanal fisherwomen in Brazil. To this end, a qualitative approach study was carried out with a secondary database through content analysis through the analysis of the audios and transcripts of the recordings that were carried out during the workshops of the project "Education in Health of (the) Worker (or) of Artisanal Fisheries and Training of Multipliers in Participation in SUS Management". With regard to the meaning and re-signification of health, there was an expansion or re-signification of the concept of health, as a whole, beyond the denial of the disease

and the understanding of health limited to medical practice, resulting in an approximation with the expanded concept of health that underlies the very construction of the SUS. With regard to the meaning of the SUS for them, it was observed that it is seen in a negative way, since they observe aspects that are unfavorable to the assistance that should be guaranteed to them, however in some situations there are perceptions of advances, however are lost in the set of difficulties and demands inscribed in the daily life of fisherwomen. Therefore, it is concluded that the general well-being is a desire of the fisherwomen, who aim for a balanced life with physical and psychological health. In addition, they seek quality of life through healthy eating and a work routine that is not harmful to their health. It is necessary to restructure the actions so that the service happens effectively through it.

Keywords: Fisher women; Access to SUS; Definition of health.

5.1 Introdução

Segundo dados oficiais, existiam no país 957 mil pescadores artesanais registrados em 2014, podendo chegar a aproximadamente um milhão e meio de pessoas com alguma atividade produtiva ligada à pesca em pequena escala (MPA, 2016). Apenas na extração de mariscos, estima-se que atualmente mais de 50 mil famílias no Nordeste sobrevivem dessa atividade produtiva. Com isso, a pesca artesanal é extensiva em toda a costa e rios do Brasil e, em geral, a cada 200 brasileiros, um é pescador artesanal representando, aproximadamente 98,7% do total de cerca de 970 mil pescadores registrados no Brasil até setembro de 2011 (FALCÃO et al., 2019). Assim, nota-se a importância de estudos que levantem dados a respeito dos cidadãos envolvidos com a pesca artesanal (CORTEZ, 2010).

A pesca é considerada uma das mais antigas atividades produtivas de toda a vivência humana, tomando uma significativa dimensão, especialmente por conta da complexidade e da sua dinâmica de execução, representando um pilar econômico para comunidades (MAZOYER, ROUDART, 2010; SANTOS et al., 2012). Entretanto, essa atividade geralmente envolve riscos relacionados à saúde dos pescadores decorrentes das condições precárias relacionadas ao manejo, problemas ambientais e climáticos acesso aos serviços de saúde, dentre outros (BENDER et al. 2013; SEIXAS et al., 2014).

Nesse contexto, os pescadores artesanais, uma grande categoria de trabalhadores que tem contato com um ambiente laboral muitas vezes insalubre, necessitam de acesso a saúde. Entretanto, o que se observa é que esta categoria é,

muitas vezes, invisível no que diz respeito aos cuidados de saúde, tendo dificuldades no acesso aos serviços que eles tanto precisam. Nesse sentido, Pena e Gomes (2014) corroboram com essa ideia, afirmando que mesmo sendo tão importantes, os pescadores artesanais não possuem acesso eficaz aos serviços de saúde, ao direito ambiental e à previdência social.

No que diz respeito as mulheres pescadoras, uma relação direta foi estabelecida entre a sua participação nessas atividades da pesca artesanal e seu papel no campo doméstico e reprodutivo, considerando seu relacionamento complementar e uma extensão de sua responsabilidade pelo bem-estar das famílias e fornecedores de alimentos básicos. A mulher teve que adaptar suas práticas diárias entre os dois mundos. É essencial tornar a produção familiar visível realizada pelas mulheres, uma vez que contribuem para percentuais da cadeia econômica superiores a 40% do apoio de seu grupo familiar. Para tornar visível esse papel das mulheres, devem ser consideradas as estatísticas de produção desagregadas por sexo, bem como determinar o número de horas diárias que as mulheres dedicam à atividade direta de captura ou preparação de peixes para consumo, beneficiamento ou venda (ANDRADE, 2020; BERCINI e TOMANIK, 2006).

As experiências vivenciadas pelas pescadoras artesanais na organização do trabalho estão relacionadas aos determinantes da saúde, particularmente à categoria de gênero, normas, expectativas e funções sociais. São condições inscritas na violência estrutural de gênero que aumentam os níveis de exposição e vulnerabilidade à riscos, bem como à proteção contra eles. Tais dimensões refletem no comportamento e nas práticas de cuidados médicos, na busca de atenção à saúde e nas respostas do sistema de saúde à função de gênero. Elas são um dos principais determinantes sociais das iniquidades em saúde (BARBOSA; JÚNIOR, 2017). O gênero é um fator determinante nas iniquidades em saúde limitando a promoção da equidade em saúde, afetando, por exemplo, o acesso à cobertura universal de saúde e como determina as diretrizes profissionais dos profissionais de saúde (MIRANDA, et al., 2018).

De acordo com Gonçalves e D’Incao (2016), as pescadoras, na sua maioria, são provenientes de regiões que apresentam dificuldades ao acesso à escola, sendo assim, existe uma significativa proporção delas que são analfabetas ou analfabetas funcionais. Este é considerado um fator de vulnerabilidade, já que as mesmas têm mais dificuldade de ter acesso às informações sobre saúde.

A pescadora artesã não é assalariada e, sendo assim, para a proteção à sua saúde no trabalho, não se submete às leis de contrato de trabalho existentes entre empregador e trabalhador (assalariado), a exemplo da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) no Brasil; submete-se, às leis de ordenação do trabalho artesanal e às regras das corporações de ofícios existentes formalmente ou não. Para tanto, foi publicada a Lei nº 8.213/91, que realiza uma classificação para segurados especiais trabalhadores como produtores rurais, profissionais ligados a atividades de extrativismo vegetal e pescadores artesanais. Em relação aos benefícios garantidos aos segurados especiais, a Lei nº 8.213/91 foi alterada pela Lei nº 12.873/13 para, em seu artigo 39, passar a prever a concessão de auxílio-acidente ao lado de benefícios como aposentadoria e auxílio-doença (PENA et al., 2011).

A produção artesanal da pesca se baseia na aplicação de saberes tradicionais, com os quais o pescador controla a concepção e a execução do seu trabalho, detendo o “saber-fazer” constituído de conhecimentos e domínio de métodos aplicados em todas as etapas do processo de produção do pescado e da extração do marisco. Há, portanto, uma unidade entre concepção e execução do trabalho, em que se observa a ausência de hierarquias gerenciais que separam o trabalho intelectual do manual (VERAS, 2015; SANTOS et al., 2012).

As mulheres pescadoras que atuam na pesca artesanal ou de pequena escala possuem saberes tradicionais do ambiente e da saúde em que vivem, resultantes de grande conhecimento empírico – fruto do acúmulo de centenas de gerações. As pescadoras participam de todas as etapas da cadeia produtiva de pesca artesanal, como coleta, preparo e comercialização dos produtos. Um aspecto importante a ser considerado se refere ao uso quase que exclusivo do Sistema Único de Saúde (SUS) na garantia ao Direito à Saúde, considerando ser esta categoria extremamente vulnerável economicamente (REGO, 2018; STADTLER, 2015).

Os direitos conquistados pelas mulheres e trabalhadores da pesca artesanal são de suma importância. Em 2003, com a legislação sobre economia familiar, muitas pescadoras conseguiram o registro de pesca. Entretanto, ainda necessitam comprovar a relação familiar com a pesca, dependendo da situação profissional do núcleo familiar para comprovar que realmente é pescadora artesanal (RODRIGUES, 2012). Tendo em vista que esses direitos são garantidos à categoria, podendo assim exercer sua função com amparo das instituições públicas.

A saúde nem sempre foi um direito. Constituiu-se após a Declaração Universal dos Direitos Humanos que ficou consagrado, precisamente, como um direito humano. Pode-se afirmar que, apesar da consagração do direito à saúde na Constituição de 1988, seu conteúdo, estrutura, fundamentos e efetividade ainda são debatidos. É um direito em construção, que evoluiu entre preceitos e normas constitucionais. Um direito que moveu grandes sentimentos, assim como grandes interesses (DALLARI, 2008).

Dentro desse contexto, sabe-se que existem riscos e doenças ocupacionais relacionadas ao trabalho em marisqueiras, principalmente LER (Lesões por Esforços Repetitivos ou DORT (Doenças Osteoarticulares Relacionadas ao Trabalho, os distúrbios do sistema músculo esquelético e prevalência significativa de radiculopatias, compressão das raízes nervosas próximas à coluna vertebral cervical ou lombar como patologia da unidade motora relacionada ao trabalho. Além destas, com o grande tempo de exposição aos riscos ocupacionais, as mulheres sofrem influências fisiológicas desde criança e conseqüentemente sofrem mais com os efeitos tóxicos que levam a deformidades, cânceres, dentre outros (PENA e MARTINS, 2014).

Dentre esses riscos estão esforços repetitivos (LER) que levam a uma variabilidade de danos pela utilização excessiva imposta ao sistema musculoesquelético e pela falta de tempo para a recuperação. Os sintomas são dor, parestesia, sensação de peso e fadiga, sendo o principal sintoma a dor que leva a prejuízos funcionais. De acordo com Muller (2021), em seu estudo com marisqueiras na Bahia, houve a prevalência de 72,7% de sintomas de distúrbios musculoesqueléticos na região lombar, 71,3% na região de pescoço ou ombro e 70,3% em membros superiores distais.

Nesse contexto, o presente trabalho busca responder a seguinte pergunta: Diante da precariedade das condições de trabalho e vulnerabilidade e dos riscos à saúde, qual o significado da saúde e do SUS para as mulheres pescadoras artesanais do Brasil e suas perspectivas em relação à assistência a saúde? Com o objetivo de compreender os significados da saúde e do SUS para as mulheres pescadoras artesanais do Brasil a partir do projeto “Educação em Saúde da(o) Trabalhadora(or) da Pesca Artesanal e Formação de Agentes Multiplicadoras em Participação na Gestão do SUS.

5.2 Metodologia

Trata-se de um estudo abordagem qualitativa com base de dados secundária por meio de análise de conteúdo através da observação dos áudios e transcrições das gravações que foram realizadas durante a realização das oficinas do projeto “Educação em Saúde da (o) Trabalhadora (or) da Pesca Artesanal e Formação de Agentes Multiplicadoras em Participação na Gestão do SUS”. Este projeto teve como objetivo, realizar ações de educação sobre direitos à saúde da (o) trabalhadora (o) na pesca artesanal; e formar lideranças de pescadoras e pescadores de Comunidades Pesqueiras do Brasil para atuação no Controle Social do SUS e sua relação com a saúde da (o) trabalhadora (o). O projeto foi realizado no período de Julho de 2015 a Fevereiro de 2018 e contou com a participação de 40 lideranças de pescadores e pescadoras artesanais, totalizando participação de 417 pescadoras, representando 95% da meta prevista e indiretamente 110 mil pescadoras e pescadores dos estados onde estas mulheres estão inseridas. Foram realizadas 11 oficinas/cursos com pescadoras oriundas de 117 municípios de 16 Estados. Elas ocorreram nos seguintes Estados: Bahia – cidade de Remanso; Pernambuco e Alagoas – cidade de Olinda; Rio Grande do Norte e Paraíba – cidade de Natal; Ceará – cidade de Fortaleza; Pará – cidade de Santarém; Maranhão – cidade de São Luís; Piauí – cidade de Parnaíba; Minas Gerais – cidade de Januária; Espírito Santo, Rio de Janeiro e Sergipe – cidade de Vitória; Santa Catarina e Rio Grande do Sul – cidade de Laguna; Paraná – cidade de Matinhos.

O presente estudo está amparado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Medicina da Bahia da UFBA com parecer: número 3.604.813, já que é parte do projeto “Educação em Saúde da (o) Trabalhadora (or) da Pesca Artesanal e Formação de Agentes Multiplicadoras em Participação na Gestão do SUS”. Tal parecer garante a autonomia dos sujeitos envolvidos na pesquisa, respeitando a tomada de decisões e a confidencialidade das informações.

Durante os quatro dias de atividades em cada oficina com as pescadoras, foram discutidos: significado da noção da saúde para as pescadoras; conceitos e práticas de Vigilância em Saúde; processos de trabalho na pesca artesanal e riscos para a saúde do trabalhador; doenças e acidentes relacionados ao trabalho da pesca; direito à saúde e assistência integral no SUS; direitos previdenciários relacionados ao seguro acidentário e ao segurado especial; SUS/Controle Social;

Política Nacional de Saúde do Campo, Floresta e Águas/PNSCFA; e Saúde da Mulher. A última parte de cada oficina houve a elaboração, pelas próprias pescadoras, de Plano de Ação que conduz o direcionamento da atuação no âmbito local, regional e nacional dos problemas levantados durante o curso conforme o relatório final do projeto.

A metodologia baseou-se nos princípios da educação popular a partir da interação das pessoas para integração dos conhecimentos, em trabalhos de grupos, com uso de material pedagógico/audiovisual e a troca de experiências entre os participantes. Durante as 11 oficinas, os diálogos resultantes das reflexões em grupos e as e, entrevistas com narrativas individuais foram registradas. Procurou-se, assim, estimular a discussão com temas/tópicos sobre compreensão de saúde, assistência, organização do trabalho e riscos, dentre outros aspectos que desenvolvem e que envolvem a saúde das mesmas. Dessas narrativas foram extraídos os trechos referentes às categorias escolhidas. Assim, tais expressões e reflexões foram analisadas e identificado as relações entre trabalho e: determinantes sociais de saúde observando implicações de ordem histórica, sociocultural, política, econômica, étnicos/raciais, psicológicos que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população; vivências e experiências no contexto onde vivem as mulheres pescadoras, , observando o perfil de cada grupo de pescadoras; características dos locais de trabalho como rios/lagos e mar aberto, assim como características locais e regionais de cada estado onde vivem. A análise foi realizada a partir das seguintes categorias: Significado de Saúde através das expressões apresentadas pelas pescadoras artesanais em seus relatos, SUS – Estrutura e Controle Social, Condições de Trabalho, Riscos Relacionados ao Trabalho.

Segundo Minayo, a pesquisa qualitativa trabalha natureza dos significados, dos motivos, das aspirações, dos valores, das crenças e das atitudes, levando a explicação dos fenômenos como princípios do conhecimento. Ou seja, ela envolve questões muito particulares com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado e sim compreendido (MINAYO, 2016).

Segundo Andrade & Holanda (2010), o modelo qualitativo estabeleceu crescimentos de grande significância para as ciências humanas, contemplando espaços que o modelo quantitativo não obtinha, como: reconstrução de um conceito mais abrangente do que é empírico, construção de novos paradigmas para as

ciências humanas e sociais e interlocução com o humano e seus significados mais subjacentes. Nesse tipo de pesquisa, o ambiente natural é a fonte direta dos dados, sendo descritiva e possuindo como preocupação o processo e não simplesmente o resultado do produto. Os dados tendem a serem analisados individualmente, valorizando o significado e tornando parte essencial de sua abordagem (TRIVINÕS, 1987).

Esse tipo de estudo permitiu averiguar o homem e o mundo em que vive através do uso de observação e reflexão, compreendendo e classificando os processos de mudanças, criando objetos e concepções para formar opiniões de um determinado grupo, permitindo um envolvimento mais profundo, diante das interpretações das particularidades comportamentais e atitudes dos indivíduos com o intuito de encontrar explicações e elaborar suas ações e ideias a fim de transformar o mundo (CHIZZOTI, 2018; OLIVEIRA, 2004).

5.3 Resultados e discussão

5.3.1 Significado e ressignificado de saúde para mulheres pescadoras

Os riscos relacionados à saúde dos pescadores são decorrentes das condições precárias relacionadas ao manejo, problemas ambientais e climáticos acesso aos serviços de saúde, dentre outros (BENDER et al. 2013; SEIXAS et al., 2014).

A delimitação do conceito de saúde tem sido abordada de acordo com as condições históricas das pessoas, bem como as características das instituições que tentaram se apropriar de tal conceituação. Segundo Asensi e Pinheiro (2015), o conceito de saúde, no quadro atual do Estado de direito relaciona-se com a "necessidade de condições de bem-estar do indivíduo, seu direito a uma qualidade de vida decente, acesso a serviços básicos que garantam um desenvolvimento dessas capacidades fundamentais". A reflexão relacionada ao método pedagógico permitiu ampliar o entendimento de saúde para além do campo biomédico. Isso se expressa nos significados de algumas narrativas das pescadoras, em que consideram a saúde como bem viver e foi evidenciado em alguns momentos quando as entrevistadas ressaltaram a importância de terem uma profissão que permita que sobrevivam com as culturas profissionais:

“Saúde é estar em uma região desenvolvendo uma atividade sustentável, de uma forma que eu tenha o alimento de qualidade, assim eu vou ter um bem viver por que ali também tem a minha cultura” (Pescadora 3- Fortaleza-CE).

“Eu acho que pra a gente a gente tem saúde, a gente tem um lazer, moradia, diversão, emprego, renda, é um conjunto, cada coisinha dessa que vai dar a saúde!” (Pescadora 4- Remanso -BA).

O enfoque médico biológico na conformação inicial da saúde pública como campo científico, em detrimento dos enfoques sociopolíticos e ambientais, observa-se, ao longo do século XX, uma permanente tensão entre essas diversas abordagens. A definição de saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade, inserida na Constituição da OMS no momento de sua fundação, em 1948, é uma clara expressão de uma concepção bastante ampla da saúde, para além de um enfoque centrado na doença (BUSS; PELLEGRINI 2007). Nesse sentido, uma fala retrata basicamente esse conceito: “Não basta a gente estar bem de saúde e psicologicamente a gente ta com problema, a gente tem que estar completo, pra mim eu entendo isso, saúde é o bem-estar psicológico” (Pescadora 5- Fortaleza-CE).

De acordo com Ventura e colaboradores (2010), a proposta é de uma concepção de saúde integral que leve em conta as diferentes dimensões do ser humano e da sociedade, que se baseia em premissas de promoção da saúde e prevenção da doença, e não em atividades de caráter curativo, uma concepção de saúde cujo componente vital é a saúde comunitária, pública ou coletiva. Uma saúde determinada por outros fatores além do biológico e físico, na qual outros determinantes sociais são tratados com igual ou maior relevância na busca do bem-estar da pessoa; “então pra mim isso é um bem viver, uma qualidade de vida que nos é oferecida e temos o dever de continuar a oferecer e a preservar isso...” (Pescadora 3- Fortaleza- CE).

Uma abordagem emergente para o bem-estar na pesca que ajuda a reconciliar essas perspectivas é o conceito de bem-estar social. A abordagem defende uma visão holística do bem-estar, onde as necessidades humanas são

atendidas, onde se pode agir de forma significativa para buscar seus próprios objetivos e onde se pode desfrutar de uma qualidade de vida satisfatória. O SUS reconhece três dimensões interligadas de bem-estar que moldam a saúde de maneiras diferentes em contextos culturais e sociais. Primeiro, a saúde é moldada pelas condições materiais que cercam uma pessoa, por exemplo, seu ambiente de trabalho e recursos materiais. Em segundo lugar, a saúde é influenciada por relacionamentos que permitem às pessoas alcançar o bem-estar, incluindo relacionamentos que fornecem suporte social. Terceira percepção subjetiva, como satisfação com a qualidade de vida e senso de autoestima, influenciam a saúde dos indivíduos (DE PONTES, et al., 2020).

“É possível observar a preocupação com a saúde mental, demonstrando que esta é tão importante quanto a saúde física quando se fala que: “Acho que saúde, assim como falaram sobre o bem-estar físico e mental também, psicologicamente, e também social, a interação dos 3 que estão na saúde” (Pescadora 5- Fortaleza- CE).

Para fins de análise, a exigência abstrata de saúde perfeita seria muito subjetiva, mas em um contexto consensual e historicamente definido, o conteúdo básico do conceito de saúde poderia ser determinado como ramo da medicina que se concentra no tratamento e diagnóstico de doenças e condições que afetam o bem-estar físico e emocional da mulher. Já, o conceito de saúde no âmbito de um Estado de direito social deve ser diferente no âmbito de um Estado liberal de direito (FANTI, 2009).

Além desses conceitos, sabe-se que a alimentação também está diretamente ligada a melhorias na qualidade de vida e conseqüentemente na saúde humana. Nesse sentido, com o crescente reconhecimento de que a pesca sustentável requer comunidades pesqueiras viáveis, a melhoria da sustentabilidade social das comunidades dependentes da pesca é cada vez mais vista como um objetivo legítimo e importante da governança pesqueira. A saúde humana tem sido reconhecida como um importante fator que contribui para a sustentabilidade social.

“Nós trabalhamos muito com a pesca e com os nosso peixes naturais, tanto o peixe quanto o marisco, nós temos uma saúde a zelar, no que a gente deixa de buscar e comprar aquele que já vem com o veneno né, por que sempre que a gente compra que eles vendem muitos dias, eles vendem com um tipo de remédio que é pra conservar o produto” (Pescadora 1- Fortaleza- CE)

De acordo com Pena e Gomez (2014) a categoria dos pescadores é assegurada pela Constituição Federal de 1988 como segurados especiais diante da vulnerabilidade em que se encontram. Além das condições já citadas, existe também a questão da contaminação dos territórios de pesca pela contaminação de esgotos, falta de saneamento, poluição química, industrial e agrotóxica. Assim, há uma dificuldade na conjunção de ações do SUS para garantir a saúde dessas comunidades.

No caso das comunidades pesqueiras, a importância dos frutos do mar para a nutrição e a segurança alimentar fornece uma ligação direta entre a pesca e os resultados para a saúde humana. No entanto, a pesquisa sobre diferentes problemas de saúde e seus condutores nas comunidades pesqueiras só recentemente se tornou uma área de foco para a pesquisa pesqueira. Enquanto isso, a política de pescas tem lutado para incorporar objetivos sociais, como a saúde, aos sistemas de governança da pesca (LOPES, et al., 2020).

Quando questionadas sobre a relação da saúde e da alimentação de qualidade, as pescadoras demonstraram ter uma visão da importância de alimentos de qualidade para uma vida mais saudável: “Saúde pra mim é ter uma boa alimentação principalmente e estar com sua autoestima baixa” (Pescadora 4- Fortaleza- CE). Assim, a consciência da importância da alimentação para a saúde é algo que chama a atenção, pois isso faz com que as pescadoras não somente queiram comer alimentos de qualidade, mas que também os produzam para servir a outras pessoas.

A segurança alimentar e nutricional tem sido prioridade dentro das políticas públicas no Brasil, já que é a realização e o direito de todos a ter uma alimentação saudável e em quantidade suficiente. Segundo a Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional – LOSAN (BRASIL, 2006) é preciso levar em conta os diferentes aspectos culturais, econômicos, políticos e sociais das comunidades. Nesse sentido, a insegurança no território contaminado, pela contaminação química expõe de forma predatória as comunidades pesqueiras. Nesse sentido, Pena et al. (2011) citam que a contaminação ambiental afeta não só o consumo, mas também as mulheres dessas comunidades que estão expostas a condições precárias de trabalho e que esses fatos afetam diretamente os determinantes sociais dessas comunidades.

O peixe desempenha um papel muito importante na segurança alimentar das famílias de pescadores. O consumo de pescado nas famílias de pescadores artesanais é significativamente mais alto do que no resto da população. No Chile, por exemplo, o consumo varia entre 104 e 156 kg/ capita por ano, geralmente complementado com frutas, verduras, legumes e outras carnes. Na Colômbia, os consumos anuais encontrados foram 250 - 291 kg/capita no Pacífico, 156 - 218 kg/capita no Caribe e 39 kg/capita nas comunidades pesqueiras do rio Magdalena; complementando a dieta com coco, arroz e banana principalmente nos dois primeiros e com verduras, legumes e outras carnes no interior do país. No Brasil, um consumo médio de 146 - 218 kg/capita foi registrado na Amazônia, sendo que a sua dieta é complementada com frutas, legumes, verduras e outras carnes (GALLARDO et al., 2013).

A pesca historicamente tem desempenhado um papel muito importante na subsistência das comunidades amazônicas (LASSO, 2011). Na Venezuela, a pesca continental na Amazônia é reconhecida como uma atividade fundamental para os povos nativos, mas não há registros quantitativos que deem conta a dimensão da contribuição das pescas para a segurança alimentar. Nesta região predomina a população indígena, para quem o peixe é a base da alimentação. De sete localidades que possuem dados quantitativos, constatou-se que quatro possuem um consumo de 123 g/per capita/dia ou 44,7 kg por ano; dois casos refletiram um consumo per capita de 171 - 206 g/dia durante a estação chuvosa e um último caso na estação seca de 370 g/per capita/dia (LASSO, 2011).

Nesses cenários, é possível verificar que as falas das pescadoras corroboram com a realidade apresentada em algumas pesquisas, de que a pesca artesanal está intimamente relacionada com a saúde e segurança alimentar e nutricional. A qualidade dos pescados, bem como a qualidade de vida das pescadoras são fundamentais para a manutenção da saúde de maneira geral.

A saúde do trabalhador na pesca artesanal se constitui uma vertente essencial na análise do significado da saúde para as pescadoras. Segundo Pena e Minayo (2014) a categoria de pescadores artesanais é tradicional e rica para o patrimônio cultural no que diz respeito aos saberes da natureza, porém desconhece a noção de doenças e acidentes do trabalho enquanto problemas de saúde relacionados com o trabalho. As condições de vulnerabilidade social e econômica em que vivem esses trabalhadores os obrigam a se expor a graves riscos de

doenças e acidentes relacionados ao trabalho e além disso, a precariedade de acesso aos serviços de saúde do SUS, o que agrava ainda mais a relação de saúde e trabalho dessa classe. Este desconhecimento da dimensão ocupacional expressa a ausência da referência aos agravos relacionados ao trabalho nas narrativas das pescadoras e do próprio entendimento do trabalho como determinantes do processo saúde-doença.

O conceito proposto pela Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) no Brasil define como fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais as condições que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS; PELLEGRINI 2007). Atualmente, os principais objetivos da CNDSS são identificar com maior precisão as causas de natureza social, econômica e cultural da situação de saúde da nossa população e identificar políticas públicas de saúde e extra setoriais, assim como iniciativas da sociedade, que ajudem a enfrentá-las, buscando garantir maior equidade e melhores condições de saúde e qualidade de vida para os brasileiros (GARBOIS et al., 2017).

Ou seja, a saúde não corresponde apenas ao médico ou aos profissionais de saúde, mas a todos e cada um dos cidadãos, especialmente aqueles que têm a responsabilidade social e política de criar bem-estar e qualidade de vida. Uma saúde que, em conclusão, é igual à definição geral de seguridade social, isto é, a qualidade de vida, a vida digna e o bem-estar geral. Nesta perspectiva, o direito à saúde constitui direito de todos e dever do Estado, a partir de um acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. Portanto, é um direito público subjetivo capaz de ser exigido do Estado (FERNANDES, 2010. p. 1046).

Mas, com o início da vigência da Constituição Federal de 1988, a saúde deixa de ser um conceito ou uma declaração geral e passa a ser um verdadeiro direito constitucional, garantido pelo Estado. A responsabilidade do Estado deve ser analisada não apenas à luz da própria Constituição, mas também à luz dos instrumentos jurídicos que fazem parte do bloco de constitucionalidade, por mandato expresso da própria Constituição (BARCELLOS, 2008).

A saúde nem sempre foi um direito; constituiu-se após a Declaração Universal dos Direitos Humanos que ficou consagrado, precisamente, como um direito humano. Pode-se afirmar que, apesar da consagração do direito à saúde na

Constituição de 1988, seu conteúdo, estrutura, fundamentos e efetividade ainda são debatidos. É um direito em construção, que evoluiu entre preceitos e normas constitucionais. Um direito que moveu grandes sentimentos, assim como grandes interesses. Portanto, será investigado sobre essa evolução e seus componentes (DALLARI, 2008).

Os determinantes sociais de saúde são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007). Observa-se que dentro dos temas abordados nas entrevistas, existem diferentes determinantes de saúde em questão e que estes influenciam consideravelmente a vida das mulheres que vivem da pesca.

Essas articulações mostram nos relatos dessas mulheres várias expressões de significados sobre saúde no conjunto de suas experiências expressando profundas relações com os conceitos vigentes. Nesse sentido, a metodologia participativa e ativa permitiu estabelecer elos entre os diversos conceitos que pontuaram às reflexões. Com isso, foi possível estabelecer conexões de significados parciais entre as diversas vivências sobre saúde das pescadoras, com base nas suas experiências de vida e o diálogo com saberes acadêmicos. Como resultado, houve uma ampliação ou ressignificação do conceito de saúde, no seu conjunto, para além da negação da doença e do entendimento de saúde limitada à prática médica, resultando na aproximação com o conceito ampliado de saúde que fundamenta a própria construção do SUS.

5.3.2 Significado do SUS para as mulheres pescadoras

Os princípios e diretrizes do SUS constituem as bases para o funcionamento e organização do sistema de saúde em nosso país, afirmando direitos conquistados historicamente pelo povo brasileiro e o formato democrático, humanista e federalista que deve caracterizar sua materialização. Neste sentido, os princípios e diretrizes do SUS devem ser compreendidos a partir de uma perspectiva histórica e epistemológica, constituindo-se como um produto resultante de um processo político e que expressa concepções sobre saúde e doença, direitos sociais, gestão, as relações entre as esferas de governo do país, entre outros (BARCELLOS, 2008).

Diretrizes são aquelas que definem rumos, dinâmicas, estratégias que organizam o SUS. São linhas gerais, determinam rotas; são estratégicas, pois apontam caminhos e meios para atingir objetivos. Os princípios doutrinários seriam o núcleo comum de valores e concepções que servem de base para os SUS. A ideia de doutrina, ao mesmo tempo que identifica um conjunto de elementos comuns que justificam ou embasam um sistema ou uma teoria, pressupõe também a ideia de que só exista um único modo de compreensão desse sistema ou dessa teoria (PENA e GOMEZ, 2014).

O artigo 7º da CF de 1988 dispõe sobre as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS, sendo estes embasados nas diretrizes previstas no art. 198 da CF. De acordo com o mesmo, alguns princípios são estabelecidos.

O inciso I trata da universalidade de acesso toda e qualquer pessoa aos serviços de saúde do SUS, em todos os níveis de assistência. No que diz respeito aos serviços mais complexos este princípio mostra que está sendo atendido plenamente na comunidade em questão. Entretanto, na fala de duas das pescadoras observa-se que esse princípio não vem sendo atendido, no que diz respeito ao item XII que trata da resolução em todos os níveis de assistência.

“Estou tendo crises às vezes tem algo que me faz mal eu vou para o hospital e fico passando mal e até agora eu não fiz a cirurgia pelo SUS” (PESCADORA 1 Remanso- BA).

“Eu passei internada após uma cirurgia e até gravei no celular... o médico só perguntava, tá comendo, tá cagando, tá fazendo xixi, que ir pra casa eu saí do hospital para colocar um processo no médico, mas ele morreu” (PESCADORA 3 Olinda - PE).

“Temos pegar e ser atendidos fora daqui, porque não temos hospitais, não temos médicos especializados, os médicos que tem aqui são de fora não sai daqui, eles não conseguem acompanhar nossa saúde como deveria ser não temos médico da família como antes tinha por isso nossa saúde é precária” (PESCADORA 11 Martinhos- SC)

Outro princípio estabelecido pelo SUS e que foi abordado nas falas das pescadoras é o princípio da integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. Além deste, também foi citado o princípio de preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral.

“Eu fui no médico, pois eu sinto dor nas costas, ele tava o tempo todo escrevendo, eu contei minha situação, aí entrou a assistente dele e ainda tinha algumas pessoas lá... isso era 11 da manhã... ele chegou e falou assim – quando der uma hora dessa, despache todo mundo, porque ninguém tá aqui pra tá escutando e atendendo essas besteiras- eu disse... besteira porque não é com o senhor” (PESCADORA 3 São Luiz- MA).
 Eu comecei a sentir uma dor de cabeça muito forte... Era tão forte que eu desmaiava e ficava toda me tremendo com falta de ar... o médico disse que primeiro tem que encaminhar ela ao especialista. Minha mãe disse: pois então encaminhe. Ele disse: eu só vou encaminhar porque vocês estão pedindo porque na verdade ela não tem é nada” (PESCADORA 4 São Luiz- MA).

O direito à informação, sobre sua saúde também é um dos princípios do SUS. Sobre esse princípio percebe-se que algumas pescadoras demonstraram que não vem sendo atendido:

“Chega no posto ninguém sabe a situação do paciente, sendo que tá na área deles e eles são responsáveis pela situação” (PESCADORA 2 Matinhos- SC).
 “Fui ao posto de saúde, mas parece que sempre me enrolavam e não saia aquela papelada porque aqui já era fim de gestão, aí me mandaram para Campo Largo com aqueles papéis” (PESCADORA 2 Matinhos- SC).

Sabe-se que o direito à informação deve ser garantido aos usuários do SUS. Da mesma forma, percebe-se que outros princípios não vêm sendo atendidos. De acordo com a regulamentação do Sistema Único de Saúde baseada na universalidade, equidade e integralidade e nas diretrizes organizacionais de descentralização e participação social, as ações básicas individuais e coletivas devem ser garantidas visando a promoção da saúde.

Por outro lado, algumas demonstraram que a assistência à saúde, além da assistência médica vem acontecendo e é importante no processo de recuperação quando estão doentes:

“(...) é porque eu posso até chegar com a dor mas dependendo do médico como ele fala comigo já saio de lá satisfeita não precisa nem tomar o remédio só pela educação” (PESCADORA 5 Januária- MG).
 “Tem coisas que tem que melhorar ainda, mas muita coisa que já funciona. “era ruim, tá melhorando, mas ainda pode ser melhorado” (PESCADORA 1 São Luiz- MA).

Outro princípio citado pela Lei nº 8.080 é a divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário

“Em todo posto de saúde tem agente de saúde, agente de saúde serve para quê? Para fazer visitas nas casas pra fazer uma abordagem sobre as doenças sobre os acidentes de trabalho, isso não acontece aqui tem agente de saúde mas fica tudo dentro do posto” (PESCADORA 3 Matinhos- SC).
“(...) nem todos os postos de saúde tem agente de saúde para fazer visitas na casa, para levantar uma abordagem sobre as doenças sobre o tempo de trabalho” (PESCADORA 12 Matinhos- SC).

Além dos princípios do SUS citados e exemplificados acima, existem outros, como: III) preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; VI) divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário.

Sendo assim, observa-se que o significado do SUS para as pescadoras vem sendo percebido de maneira negativa, já que elas observam aspectos desfavoráveis à assistência que lhes deveria ser garantida. Em algumas situações, verificam-se percepções de avanços, porém se perdem no conjunto das dificuldades e demandas inscritas no cotidiano de vida das pescadoras, particularmente no âmbito da atenção primária de saúde. Isso pode ser explicado pela falta de informação adequada sobre o SUS e a divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário, contidos no item VI, assim como a ampliação do acesso aos serviços de referência secundária para exames e consultas especializadas. Além disso, ressalta-se também a ausência de prioridades indicadas nas narrativas, que remetem à necessidade da utilização da epidemiologia pelos serviços de saúde para o estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e orientação programática.

5.4 Conclusão

A pesca artesanal é uma atividade de grande importância econômica e também faz parte do patrimônio cultural brasileiro. O número de famílias envolvidas com a pesca artesanal no Brasil é expressivo e isso gera preocupação, diante do contexto de esquecimento por parte da administração pública em todas as esferas.

Assim, as comunidades pesqueiras, apresentam condições de vulnerabilidade social e econômica e os pescadores são expostos a graves riscos de doenças e

acidentes de trabalho. Para agravar ainda mais, percebe-se que o acesso ao SUS é precário e que os indivíduos de tais comunidades estão desamparados.

A reflexão proporcionada pelo diálogo entre saberes permitiu ressignificar o conceito de saúde por meio das falas das pescadoras nas oficinas, do entendimento englobando diversas vertentes, dentre elas, dos próprios saberes tradicionais e das condições de vida e trabalho. Ampliou-se, com isso, a superação da noção tradicional de saúde apenas com a ausência de doença, orientando a elaboração de demandas mais efetivas pelas pescadoras, para além da assistência restrita ao modelo médico curativo.

A Estratégia de Saúde da Família é primordial para que as ações de centralidade do SUS sejam desenvolvidas nas comunidades. No presente estudo, percebe-se que existem lacunas consideráveis no que diz respeito ao atendimento e cobertura do programa de Estratégia de Saúde da Família sendo necessária uma reestruturação das ações para que o atendimento aconteça efetivamente por meio da mesma.

A melhoria da qualidade dos serviços de saúde da Atenção Primária à saúde em territórios de comunidades de pesca artesanal, requer aproximação cultural e conhecimento sobre as atividades produtivas deste território, visando garantir a saúde, qualidade de vida e o bem-estar dos indivíduos que compõe a mesma. Cabe ao Governo cumprir o que a legislação federal prediz e trazer, efetivamente, o cuidado com a saúde que esta classe, tão importante para nossa sociedade, tanto precisa.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, C. C.; HOLANDA, A. F. Apontamentos sobre pesquisa qualitativa e pesquisa empírico-fenomenológica. **Estudos de Psicologia** (Campinas), v. 27, n. 2, p. 259-268, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2010000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 jan. 2020.
- ANDRADE, J. A. P. **Pesca artesanal, turismo e impactos socioambientais: A percepção ambiental dos pescadores na APA Costa dos Corais (Alagoas/Brasil)**. 2020. 127 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Marinhas Tropicais) - Programa de Pós-Graduação em Ciências Marinhas Tropicais, Instituto de Ciências do Mar - LABOMAR, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2020. Disponível em: <<http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/49917>>. Acesso em: 17 jan. 2020.
- ASENSI, F. D.; PINHEIRO, R. Judicialização da Saúde no Brasil: dados e experiência. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2015. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/destaques/arquivo/2015/06/6781486daef02bc6ec8c1e491a565006.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2020.
- BARBOZA, H. H. G.; JUNIOR, V. A. A. (Des) Igualdade de gênero: restrições à autonomia da mulher. **Pensar – Revista de Ciências Jurídicas**, v. 22, n. 1, p. 240-271, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.unifor.br/rpen/article/view/5409>>. Acesso em: 15 jul. 2021.
- BARCELLOS, A. P. O direito a prestações de saúde: complexidades, mínimo existencial e o valor das abordagens coletiva e abstrata. **Revista da Defensoria Pública**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 133-160, jul./dez. 2008.
- BASTOS J. L., GARCIA L. P. Discriminação nos serviços de saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.24, n.3, 2015.
- BENDER, M.G.; FLOETER, S.R.; HANAZAKI, N. Do traditional fishers recognise reef fish species declines? Shifting environmental baselines in Eastern Brazil. **Fisheries Management and Ecology**, v.20, n.1, p.58-67, 2013. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/263604379_Do_traditional_fishers_recognise_reef_fish_species_declines_Shifting_environmental_baselines_in_Eastern_Brazil>. Acesso em: 20 jan. 2020.
- BERCINI, L. O.; TOMANIK, E. A. Representações sociais sobre saúde e estratégias de enfrentamento das doenças entre as mulheres dos pescadores do município de Porto Rico, Paraná. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 5, p. 71-76, 2006. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-19066>>. Acesso em: 21 jan. 2020.
- BRASIL. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. **Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas a assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências**. Diário Oficial da União. 18 set. 2006. [internet].

BRASIL. Ministério da Pesca e Aquicultura. **Boletim estatístico da pesca e aquicultura**. Brasília, DF: MPA; 2016: [129 p.]. Disponível em: http://sinpesq.mpa.gov.br/preps_cms/download/boletim_2010/boletim_estatistico_mpa_2010.pdf>. Acesso em 11 mar 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: Humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas instâncias do SUS**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. - Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

BUSS, P. M.,; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 17, p. 77-93, 2007.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 12ª ed. São Paulo: Cortez editora, 2018.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS. **Saúde Suplementar**. Coleção Para Entender a Gestão do SUS | 2011 Atualização Junho/2015. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. v. 12, 20 p., 2015b.

CORTEZ, C. S. **Conhecimento ecológico local, técnicas de pesca e uso dos recursos pesqueiros em comunidades da área de proteção ambiental Barra do Rio Mamanguape, Paraíba, Brasil**. 2010. 91f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento e Meio Ambiente) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/tede/4582/1/arquivototal.pdf>>. Acesso em: 05 mar. 2020.

DALLARI, S. G. A construção do direito à saúde no Brasil. **Revista De Direito Sanitário**, v. 9, n.3, p. 9-34. 2008. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13128>>. Acesso em: 15 jan. 2020.

DE PONTES, W. A, PENA, P. G. L., LOUREIRO, C. F. B., CARVALHO, M. E. S., BARBOSA, J. R. M. **Sociodemographic profile of elderly care in a family health strategy (esf) in the municipality of fisheries in Pernambuco**. v. 2, n. 6, 2020.

DONNANGELO, M. C. F. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1979.

FALCÃO, I. R., RÊGO, R. D. C. F., COUTO, M. C. B. M., PENA, P. G. L., ANDRADE, L. L., MÜLLER, J. D. S., LIMA, V. M. C. Fatores associados com os distúrbios musculoesqueléticos em pescadoras artesanais/marisqueiras em Saubara, Bahia, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 2557-2568, 2019

FANTI, F. **Políticas de saúde em juízo: um estudo sobre o município de São Paulo**. 2009. 106f. Tese (Doutorado em Ciência Política). Faculdade de Filosofia,

Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, 2009. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8131/tde-02032010-171419/publico/FABIOLA_FANTI.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2021.

FERNANDES, R. C. P., ASSUNÇÃO, A. Á., CARVALHO, F. M.. Tarefas repetitivas sob pressão temporal: os distúrbios musculoesqueléticos e o trabalho industrial. **Ciência & saúde coletiva**, v. 15, n. 3, p. 931-942, 2010.

GALLARDO GARCÍA, NEIL Y DE LA RANS, EDDIEN (2013) “Diagnóstico Socioeconómico y Pesquero de las Asociaciones pertenecientes al Nodo-Atlántico”. Barranquilla, Colombia. **Autoridad Nacional de Acuicultura y Pesca**.

GARBOIS JA, SODRÉ F, DALBELLO-ARAUJO, M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais de saúde. **Saúde Debate** | rio de janeiro, v. 41, n. 112, p. 63-76, jan-mar 2017.

GONÇALVES, RS, D'INCAO F. Perfil socioeconômico e laboral dos pescadores artesanais de camarão-rosa no complexo estuarino de tramandaí (rs), brasil. **Bol. Inst. Pesca**, São Paulo, 42(2): 387-401, 2016 Doi 10.20950/1678-2305.2016v42n2p387

LANDIM FILHO, R. F. **Significado e verdade. Síntese: Revista de Filosofia**, v. 11, n. 32, p. 36-47, 1984. Disponível em: <<https://faje.edu.br/periodicos/index.php/Sintese>>. Acesso em: 15 jan. 2020.

LASSO, C.; MORALES, M. **Catálogo de los recursos pesqueros continentales en Colombia: memoria técnica y explicativa**. Bogotá: Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial; Instituto de Investigaciones de Recursos Biológicos Alexander von Humboldt, 2011.

LOPES, P. F. M., FREITAS, C. T., BEGOSSI, A. A mulher e a pesca: um olhar sobre a pesquisa e a atuação feminina pesqueira no Brasil. **Ethnoscientia**, v. 5, n. 1, 2020.

MAZOYER, M.; ROUDART, L. **História das agriculturas no mundo: do neolítico à crise contemporânea**. 567 p., 2010. Tradução por Cláudia F. Falluh Balduino Ferreira de “Histoire des Agricultures du monde: du néolithique à la crise contemporaine” (Éditions du Seuil, 1997, 2002), Editora da UNESP, São Paulo, SP, Brasil. ISBN: 978-8571399945. Disponível em: <<http://w3.ufsm.br/gpet/files/Historia%20das%20agriculturas%20no%20mundo%20%20Mazoyer%20e%20Roudart.pdf>>. Acesso em 23 fev. 2020.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Ed. Vozes, 2016.

MIRANDA, J. J. et al. Discursos de gênero e saúde: Debatendo a PNAISH com seus usuários. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 34, p. 01-09, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722018000100503&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 fev. 2020.

MULLER, J.S. Prevalência de distúrbios musculoesqueléticos, fatores associados e perfil dos pescadores artesanais de comunidade tradicional da Baía de Todos-os-Santos, Bahia, Brasil. Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Processos Interativos de Órgãos e Sistemas. Universidade Federal da Bahia. 2021.

OLIVEIRA, S.L. **Tratado de metodologia científica**. São Paulo: Editora Pioneira; 2004.

PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21561655>>. Acesso em: 22 mar. 2020.

PENA, P. G. L.; FREITAS, M. D. C. S. D.; CARDIM, A. Trabalho artesanal, cadências infernais e lesões por esforços repetitivos: estudo de caso em uma comunidade de mariscadeiras na Ilha de Maré, Bahia. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n. 8, p. 3383-3392, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000900005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 mar. 2020.

PENA, P. G. L.; GOMES, A. R. A exploração do corpo no trabalho ao longo da história. In: VASCONCELLOS, L. C. F.; OLIVEIRA, M. H. B. (Org.). **Saúde, Trabalho e Direito**. Rio de Janeiro: EDUCAM, v. 1, p. 85-123, 2011.

PENA, P. G. L.; GOMEZ, C. M. Saúde dos pescadores artesanais e desafios para a Vigilância em Saúde do Trabalhador. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.12, p. 4689-4698, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001204689&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 mar. 2020.

PROJETO: **Educação em saúde da (o) trabalhadora (or) da pesca artesanal e formação de agentes multiplicadoras em participação na gestão do SUS**, UFBA, 2015.

RÊGO, R. F. et al. Vigilância em saúde do trabalhador da pesca artesanal na Baía de Todos os Santos: da invisibilidade à proposição de políticas públicas para o Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 43, n. 1, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572018001000502&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 jan. 2020.

RODRIGUES, G.S. **Direitos sociais e pesca artesanal**. 2012. Disponível em: <www.saofranciscovivo.com.br>. Acesso em 13 nov 2019.

RODRIGUEZ, H. **Representações sociais de mulheres acerca da violência obstétrica institucional no trabalho de parto e parto**. **Repositório Institucional UFSC**. ese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2016.

SANTOS, M. P. N. et al. A Pesca enquanto Atividade Humana: Pesca Artesanal e Sustentabilidade. **Revista de Gestão Costeira Integrada**, v.12, n.4, p.405-427, 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-88722012000400002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 mar. 2020.

SEIXAS, S.R.D.C.; HOEFFEL, J.L.D.M.; RENK, M.; SILVA, B.N.; LIMA, F.B. Percepção de pescadores e maricultores sobre mudanças ambientais globais, no litoral Norte Paulista, São Paulo, Brasil. **Revista de Gestão Costeira Integrada**, v.14, n.1, p.51–64, 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-88722014000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 mar. 2020.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS. **Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona**. Ministério da Saúde. Brasília – DF, Brasil. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/sistema-unico-de-saude>>. Acesso em: 05 mar 2021.

STADTLER, H. H. C. **Mulheres na pesca artesanal: lutando por previdência e saúde**. Retratos de Assentamentos, v. 18, n. 1, p. 91-112, 2015. Disponível em: <<http://www.retratosdeassentamentos.com/index.php/retratos/article/view/183>>. Acesso em: 22 mar. 2020.

TRIVINÔS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VENTURA, M. et al. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Physis** (online), v.20, n.1. p. 77-100, 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 mar. 2021.

VERAS, P, F. **Composição, estrutura e aspectos reprodutivos das principais espécies da fauna acompanhante da pescaria de zangaria na Reserva Extrativista de Cururupu, Maranhão**. 2015. 97 f. Dissertação (Mestrado em Recursos Aquáticos e Pesca) - Programa de Pós-Graduação em Recursos Aquáticos e Pesca, PPGRAP, Universidade Estadual do Maranhão, 2015. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/vtt-205151>>. Acesso em: 22 mar. 2020.

6 ARTIGO 2

Humanização no Atendimento médico e multiprofissional das pescadoras artesanais

RESUMO: Os termos humanização e desumanização surgiram na década de 70, mas anteriormente o seu significado já era discutido entre alguns pensadores. A humanização é um direito garantido e que deveria ser posto em prática em todas as escalas sociais. Nesse contexto, o presente estudo teve por objetivo analisar como se dá o processo de humanização no atendimento multiprofissional às mulheres pescadoras artesanais do Brasil. Para tanto, realizou-se um estudo abordagem qualitativa com base de dados secundária por meio de análise de conteúdo através de análise dos áudios e transcrições das gravações que foram realizadas durante a realização das oficinas do projeto “Educação em Saúde da (o) Trabalhadora (or) da Pesca Artesanal e Formação de Agentes Multiplicadoras em Participação na Gestão do SUS”. No que diz respeito a assistência médica na atenção básica, observou-se que esta é limitada nas comunidades pesqueiras. Já, no que diz respeito ao processo de humanização dos serviços de saúde e o atendimento, os resultados demonstraram que estes são insuficientes. Sendo assim, conclui-se que o acesso ao SUS é precário e que os indivíduos de tais comunidades estão desamparados, sendo necessário traçar novas alternativas para que o acesso seja efetivo e que as comunidades sejam amparadas pelo que lhes é garantido por Lei.

Palavras-chave: Mulheres pescadoras; Humanização; Assistência médica.

ABSTRACT: The terms humanization and dehumanization appeared in the 70s, but previously their meaning was already discussed among some thinkers. Humanization is a guaranteed right that should be put into practice at all social levels. In this context, the present study aimed to analyze how the humanization process takes place in the multiprofessional care for artisanal fisherwomen in Brazil. To this end, a qualitative approach study was carried out with a secondary database through content analysis through the analysis of the audios and transcripts of the recordings that were carried out during the workshops of the project "Education in Health of (the) Worker (or) of Artisanal Fisheries and Training of Multipliers in Participation in SUS Management". With regard to medical assistance in primary care, it was observed that this is limited in fishing communities. With regard to the process of humanization of health services and care, the results showed that these are insufficient. Therefore, it is concluded that access to the SUS is precarious and that individuals from such communities are helpless, and it is necessary to devise new alternatives so that access is effective and that communities are supported by what is guaranteed to them by law.

Keywords: Fisher women; Humanization; Health care.

6.1 Introdução

O sistema de saúde do Brasil é composto por um amplo setor público, o Sistema Único de Saúde (SUS) – que abrange 75% da população – e um setor privado em crescimento, que inclui o Sistema de Assistência Médica Suplementar (SAMS) e o que pode ser chamado de sistema de desembolso direto – que cobre os 25% restantes (BENDER et al. 2013). O SUS presta serviços de forma descentralizada através de suas redes de clínicas, hospitais e outros tipos de instalações federais, estaduais e municipais, bem como em estabelecimentos privados. Com o apoio técnico e financeiro dos níveis estadual e federal, cada município é responsável por prestar assistência à sua população ou encaminhar usuários para outros municípios. O SUS é responsável por coordenar o setor público e regular o setor privado, cujas entidades estabelecem acordos ou contratos por meio do pagamento de serviços (VIANA et al., 2003).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores públicos de saúde do mundo. Ele abrange desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país (SUS, PORTALMS, 2019).

A Carta dos Direitos dos Usuários de Saúde, elaborada pelo Ministério da Saúde (MS), pelo Conselho Nacional de Saúde e pela Comissão Intergovernamental de Saúde define vários princípios básicos do direito à saúde no Brasil como, por exemplo: direito ao acesso ordenado e organizado para o sistema de saúde; direito a um tratamento adequado; respeito pela pessoa, seus valores e direitos; responsabilidades do cidadão e compromisso de todos os gestores de saúde. O SUS é responsável pela prestação de cuidados básicos à população e seus eixos são universalidade, integralidade e equidade a partir de uma organização descentralizada e controle social da população (BRASIL, 2011).

Os termos humanização e desumanização surgiram no simpósio americano Humanizing Health Care, realizado em 1972 em São Francisco, onde estes foram relacionados a relação paciente-médico, comunicação, relações hierárquicas e outros fatores (GEIGER, 1975; HOWARD 1975). Entretanto, desde a década de 50,

estudos vinham abordando os termos e durante os anos que se seguiram modelos foram sendo lançados.

O modelo de Howard (1975) apresentou um amplo quadro descritivo da desumanização, citando que esta se relaciona com o fato de “tratar pessoas como coisas”, tê-las “como problemas” e cuidá-las. Nessa perspectiva, as pessoas doentes são vistas como um conjunto de necessidades padronizadas, atendidas sem levar em conta sua individualidade e assim, tal prática, deixava de levar em conta os sentimentos do paciente que tinha como resultado a ausência de reciprocidade com seus cuidadores. A desumanização da assistência à saúde persistiu e se apresenta como um problema de saúde pública internacional e que reflete diretamente no Brasil.

A pesca é considerada uma das mais antigas atividades produtivas de toda vivência humana, tomando uma significativa dimensão, especialmente por conta da complexidade e da sua dinâmica de execução, representando um pilar econômico para comunidades (MAZOYER, ROUDART, 2010; SANTOS et al., 2012). Entretanto, essa atividade geralmente envolve riscos relacionados à saúde dos pescadores decorrentes das condições precárias relacionadas ao manejo, problemas ambientais e climáticos acesso aos serviços de saúde, dentre outros (BENDER et al. 2013; SEIXAS et al., 2014).

Os trabalhadores envolvidos na pesca artesanal abrangem grandes populações de trabalhadores em estado de pobreza e vulnerabilidade no Brasil e no mundo. Segundo dados oficiais, existiam no país 957 mil pescadores artesanais registrados em 2014, podendo chegar a aproximadamente um milhão e meio de pessoas com alguma atividade produtiva ligada à pesca em pequena escala (MPA, 2016). Apenas na extração de mariscos, estima-se que atualmente mais de 50 mil famílias no Nordeste sobrevivem dessa atividade produtiva. Com isso, a pesca artesanal é extensiva em toda a costa e rios do Brasil e, em geral, a cada 200 brasileiros, um é pescador artesanal. Assim, nota-se a importância de estudos que levantem dados a respeito dos cidadãos envolvidos com a pesca artesanal.

Foi estabelecida uma relação direta entre a participação das mulheres nessas atividades e seu papel no campo doméstico e reprodutivo, considerando seu relacionamento complementar e uma extensão de sua responsabilidade pelo bem-estar das famílias e fornecedores de alimentos básicos. A mulher teve que adaptar suas práticas diárias entre os dois mundos. É essencial tornar a produção familiar

visível realizada pelas mulheres, uma vez que contribuem para percentuais da cadeia econômica superiores a 40% do apoio de seu grupo familiar. Para tornar visível esse papel das mulheres, devem ser consideradas as estatísticas de produção desagregadas por sexo, bem como determinar o número de horas diárias que as mulheres dedicam à atividade direta de captura ou preparação de peixes para consumo ou venda (ANDRADE, 2020).

As mulheres pescadoras que atuam na pesca artesanal ou de pequena escala possuem saberes tradicionais do ambiente e da saúde em que vivem resultantes de grande conhecimento empírico, fruto do acúmulo de centenas de gerações. As pescadoras participam de todas as etapas da cadeia produtiva de pesca artesanal, como coleta, preparo e comercialização dos produtos. Um aspecto importante a ser considerado se refere ao uso exclusivo do Sistema Único de Saúde (SUS) na garantia ao Direito à Saúde, considerando ser esta categoria extremamente vulnerável economicamente (REGO et al, 2018).

Nesse contexto, visando analisar a atual situação da mulher pescadora surgiu o projeto “Educação em Saúde da (o) Trabalhadora (or) da Pesca Artesanal e Formação de Agentes Multiplicadoras em Participação na Gestão do SUS”. Tal iniciativa tem como objetivo central realizar ações de educação sobre direitos à saúde da (o) trabalhadora na pesca artesanal no Brasil, e formar lideranças de pescadoras e pescadores de Comunidades Pesqueiras do Brasil para que o SUS possa atuar no Controle Social e na relação com a saúde das mesmas.

Assim, o presente trabalho teve por objetivo analisar como se dá o processo de humanização no atendimento multiprofissional às mulheres pescadoras, visando identificar como os mesmos acontecem dentro das comunidades pesqueiras a partir de narrativas de pescadoras artesanais participantes de um projeto de educação em saúde.

6.2 Metodologia

Trata-se de um estudo abordagem qualitativa com base de dados secundária por meio de análise de conteúdo através da observação dos áudios e transcrições das gravações que foram realizadas durante a realização das oficinas do projeto “Educação em Saúde da (o) Trabalhadora (or) da Pesca Artesanal e Formação de Agentes Multiplicadoras em Participação na Gestão do SUS”. Este projeto teve

como objetivo, realizar ações de educação sobre direitos à saúde da (o) trabalhadora (o) na pesca artesanal; e formar lideranças de pescadoras e pescadores de Comunidades Pesqueiras do Brasil para atuação no Controle Social do SUS e sua relação com a saúde da (o) trabalhadora (o). O projeto foi realizado no período de Julho de 2015 a Fevereiro de 2018 e contou com a participação de 40 lideranças de pescadores e pescadoras artesanais, totalizando participação de 417 pescadoras, representando 95% da meta prevista e indiretamente 110 mil pescadoras e pescadores dos estados onde estas mulheres estão inseridas. Foram realizadas 11 oficinas/cursos com pescadoras oriundas de 117 municípios de 16 Estados. Elas ocorreram nos seguintes Estados: Bahia – cidade de Remanso; Pernambuco e Alagoas – cidade de Olinda; Rio Grande do Norte e Paraíba – cidade de Natal; Ceará – cidade de Fortaleza; Pará – cidade de Santarém; Maranhão – cidade de São Luís; Piauí – cidade de Parnaíba; Minas Gerais – cidade de Januária; Espírito Santo, Rio de Janeiro e Sergipe – cidade de Vitória; Santa Catarina e Rio Grande do Sul – cidade de Laguna; Paraná – cidade de Matinhos.

O presente estudo está amparado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Medicina da Bahia da UFBA com parecer: número 3.604.813, já que é parte do projeto “Educação em Saúde da (o) Trabalhadora (or) da Pesca Artesanal e Formação de Agentes Multiplicadoras em Participação na Gestão do SUS”. Tal parecer garante a autonomia dos sujeitos envolvidos na pesquisa, respeitando a tomada de decisões e a confidencialidade das informações.

Durante os quatro dias de atividades em cada oficina com as pescadoras, foram discutidos: significado da noção da saúde para as pescadoras; conceitos e práticas de Vigilância em Saúde; processos de trabalho na pesca artesanal e riscos para a saúde do trabalhador; doenças e acidentes relacionados ao trabalho da pesca; direito à saúde e assistência integral no SUS; direitos previdenciários relacionados ao seguro acidentário e ao segurado especial; SUS/Controle Social; Política Nacional de Saúde do Campo, Floresta e Águas/PNSCF; e Saúde da Mulher. A última parte de cada oficina houve a elaboração, pelas próprias pescadoras, de Plano de Ação que conduz o direcionamento da atuação no âmbito local, regional e nacional dos problemas levantados durante o curso conforme o relatório final do projeto.

A metodologia baseou-se nos princípios da educação popular a partir da interação das pessoas para integração dos conhecimentos, em trabalhos de grupos, com uso de material pedagógico/audiovisual e a troca de experiências entre os participantes. Durante as 11 oficinas, os diálogos resultantes das reflexões em grupos e as e, entrevistas com narrativas individuais foram registradas. Procurou-se, assim, estimular a discussão com temas/tópicos sobre compreensão de saúde, assistência, organização do trabalho e riscos, dentre outros aspectos que desenvolvem e que envolvem a saúde das mesmas. Dessas narrativas foram extraídos os trechos referentes às categorias escolhidas. Assim, tais expressões e reflexões foram analisadas e identificado as relações entre trabalho e: determinantes sociais de saúde observando implicações de ordem histórica, sociocultural, política, econômica, étnicos/raciais, psicológicos que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população; vivências e experiências no contexto onde vivem as mulheres pescadoras, , observando o perfil de cada grupo de pescadoras; características dos locais de trabalho como rios/lagos e mar aberto, assim como características locais e regionais de cada estado onde vivem. A análise foi realizada a partir das seguintes categorias: Significado de Saúde através das expressões apresentadas pelas pescadoras artesanais em seus relatos, SUS – Estrutura e Controle Social, Condições de Trabalho, Riscos Relacionados ao Trabalho.

Segundo Minayo, a pesquisa qualitativa trabalha natureza dos significados, dos motivos, das aspirações, dos valores, das crenças e das atitudes, levando a explicação dos fenômenos como princípios do conhecimento. Ou seja, ela envolve questões muito particulares com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado e sim compreendido (MINAYO, 2016).

Segundo Andrade & Holanda (2010), o modelo qualitativo estabeleceu crescimentos de grande significância para as ciências humanas, contemplando espaços que o modelo quantitativo não obtinha, como: reconstrução de um conceito mais abrangente do que é empírico, construção de novos paradigmas para as ciências humanas e sociais e interlocução com o humano e seus significados mais subjacentes. Nesse tipo de pesquisa, o ambiente natural é a fonte direta dos dados, sendo descritiva e possuindo como preocupação o processo e não simplesmente o resultado do produto. Os dados tendem a serem analisados individualmente,

valorizando o significado e tornando parte essencial de sua abordagem (TRIVINÓS, 1987).

Esse tipo de estudo permitiu averiguar o homem e o mundo em que vive através do uso de observação e reflexão, compreendendo e classificando os processos de mudanças, criando objetos e concepções para formar opiniões de um determinado grupo, permitindo um envolvimento mais profundo, diante das interpretações das particularidades comportamentais e atitudes dos indivíduos com o intuito de encontrar explicações e elaborar suas ações e ideias a fim de transformar o mundo (CHIZZOTI, 2018; OLIVEIRA, 2004).

6.3 Resultados e discussão

6.3.1 A assistência médica na atenção básica em contradição a centralidade do profissional médico para as pescadoras

O SUS define a atenção básica como um conjunto de ações de saúde nas áreas individuais e coletivas, incluindo a promoção e proteção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Essa atenção é direcionada para populações localizadas em territórios bem definidos e para a resolução dos problemas de saúde mais frequentes e relevantes. Em termos formais, não há restrições quanto ao tipo de condições cobertas pelo SUS, no entanto, esse sistema foi subfinanciado, o que impediu a cobertura universal de serviços abrangentes. Esse subfinanciamento é expresso em longos períodos de espera para acesso a atendimento especializado, cirurgia e tratamento de emergência. Isso também gerou conflitos de interesses, uma vez que alguns pacientes exigem que eles sejam cobertos por condições de alto custo que ainda estão em fase experimental (FERRAZ; VIEIRA, 2009).

O instrumento para avançar em direção à cobertura universal tem sido o Programa de Saúde da Família (PSF), cujo principal desafio é reorientar a prática médica para a atenção primária à saúde, por meio da criação de equipes de saúde que prestam atendimento tanto nas unidades de saúde, quanto nos hospitais. As equipes mínimas são compostas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. No caso das equipes de saúde bucal, são adicionados dentistas, técnicos e auxiliares odontológicos. Nos

municípios com mais de 100 mil habitantes, as equipes muitas vezes complementam outros profissionais. O objetivo é criar um vínculo de corresponsabilidade entre essas equipes de profissionais e a população para facilitar a identificação e o cuidado às doenças. Atualmente, o PSF abrange cerca de 63,83% da população (BRASIL, 2019).

Quando perguntadas a respeito do acesso aos serviços de saúde, uma das entrevistadas citou que esse é um dos quesitos que compõe um quadro favorável para a manutenção da saúde: “eu acho que também saúde é você ter acesso aos médicos, dentistas e a todos os outros sem ter que ficar andando 3, 4 dias pra conseguir” (Pescadora 3- Laguna - SC).

Entretanto, observou-se que o acesso a serviços médicos é limitado nas comunidades de pescadores, como descrito pela Pescadora 4 (Fortaleza – CE): “a gente quer ter saúde mas não tem comunidades com profissional na saúde, como é que a gente vá ter saúde se a gente não buscar com vários médicos mas isso a gente não encontra onde a gente convive”. Da mesma forma, a informação se repetiu na fala da Pescadora 7 (Fortaleza – CE): “Pra mim no meu ponto de vista, saúde é como todas as colegas já falaram né, o lazer, dançar, mas a prevenção mesmo não dá, não tem na nossa comunidade, no nosso município, médicos de qualidade”. Nesse contexto, observa-se que as entrevistadas demonstram uma visão mais ampla do conceito de saúde, além da visão tradicional de que a saúde está ligada somente ao atendimento médico.

Segundo Nunes (2009), a prática médica na organização do trabalho em saúde teria como componentes necessários e básicos para sua real segurança e eficácia: a garantia de programas oportunos e eficazes de promoção da saúde e prevenção da doença; de um diagnóstico médico oportuno e de um tratamento integral e sem interrupções desnecessárias e de uma reabilitação adequada e integral, bem como da garantia de serviços de saúde oportunos e eficientes.

Assim, o que se busca no atendimento médico é mais empatia, que segundo Carl Rogers, psicólogo americano e criador da Abordagem Centrada no Paciente (ACP), é a capacidade de perceber o quadro interno de referência de outra pessoa com precisão, como se fosse a outra pessoa, mas sem nunca perder a condição “como se”. O termo empatia deriva da palavra grega *empathia* e significa paixão ou ser muito afetado. No início do século o termo era tido como uma capacidade pela qual as pessoas compreendiam umas às outras, sentiam e percebiam o que

acontece com os outros, como se estivesse vivenciando suas experiências (SAMPAIO et al., 2009). Já Hogan (2005) definiu como a compreensão intelectual ou imaginativa da condição ou estado mental de outra pessoa sem realmente experienciar os sentimentos dela.

Essa ausência de empatia, com consequências traumáticas para as pescadoras, associada à práticas de drogadição medicamentosa nas consultas médicas marcadas apenas por prescrições sintomáticas, sem planos diagnósticos e muito menos prognósticos, conformados pela violência discriminatória envolvendo a invisibilidade do paciente pelo médico no ato da consulta foram externadas repetidamente nos relatos e a nas entrevistas, a exemplo:

“Saúde é você está doente chegar no Hospital ser bem atendida pelo médico e ele foi formado para atender as pessoas bem porque muitas vezes você chega no hospital e o médico te recebe como se você não fosse ninguém nem olha para você já baixa e passa remédio nem cumprimenta a gente. Chega lá o médico atende você bem você já sai de lá com outra auto estima mas quando o médico não olha para sua cara e nem o povo o povo chama ele até de doutor dipirona olha para você e fica falando e fazendo outras coisas” (Pescadora 5- Januária- MG).

O problema da discriminação de pacientes nos serviços de saúde tem mobilizado a sociedade e no Brasil, os serviços de saúde, tanto públicos quanto privados, acabam por reproduzir comportamentos discriminatórios perante os usuários, não obstante seu papel dever ser também defender direitos humanos fundamentais e reduzir iniquidades em saúde, com vistas ao alcance da equidade. Uma série de denúncias e estudos revelam o tratamento potencialmente discriminatório a determinados usuários nos serviços de saúde. Segundo Bastos e Garcia (2015, p.1):

A preocupação com a discriminação de forma geral e aquela relacionada aos serviços de saúde no Brasil pode ser observada em diferentes âmbitos, incluindo o da formulação de leis e políticas públicas, bem como o da produção de conhecimento científico. A própria Constituição Federal afirma, em seu preâmbulo e no art. 3º, os valores da igualdade entre os seres humanos e a necessidade de combater o preconceito de todos os tipos, além de caracterizar o racismo como prática criminosa.

Observando as falas das pescadoras entrevistadas, é possível perceber que estas criaram uma ligação do conceito de atenção à saúde ao atendimento médico. Em algumas falas isso fica claro “Saúde é você está doente chegar no Hospital ser bem atendida pelo médico” (Pescadora 5 - Fortaleza – CE), “eu acho que também

saúde é você ter acesso aos médicos...” (Pescadora 3 - Fortaleza – CE). Provavelmente esse conceito foi criado pelas mesmas, por conta da visão de uma organização hierárquica dentro dos sistemas fragmentados de atenção básica à saúde.

Vale ressaltar que existe uma influência do mecanicismo e a estrapolação de seu raciocínio do mundo físico para o mundo dos seres vivos, onde a medicalização sofre o impacto, a partir da evolução industrial que instaura o capitalismo, a transformação de tudo em mercadoria, para a geração de lucros. Tal influência vem sendo combatida por um modelo econômico neoliberal mais voltado para a defesa da pessoa humana e do desenvolvimento sustentável (BARROS, 2002).

É preciso expandir essa concepção ampliando com outras possibilidades de cuidado, no entanto, o direito ao atendimento médico de qualidade, humanizado e ético é inalienável. E para isso é necessário que sejam realizadas ações educativas, visando sensibilizar as pescadoras do conceito real de atenção à saúde e, sobretudo, fortalecer as práticas de humanização do atendimento à saúde no SUS.

6.3.2 A humanização dos serviços de saúde e o atendimento aos pescadores artesanais.

Buscando enfrentar esse problema o SUS criou uma estratégia “Humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS”.

A Política de Humanização procura aumentar o grau de corresponsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS no cuidado à saúde e implica mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho (BRASIL, 2004, p. 02).

Nesse sentido, a humanização é entendida como:

(...) estratégia de interferência no processo de produção de saúde, levando em conta que sujeitos sociais, quando mobilizados, são capazes de modificar realidades, transformando-se a si próprios neste mesmo processo. Trata-se, sobretudo, de investir na produção de um novo tipo de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde e deles usufruem, acolhendo tais atores e formulando seu protagonismo (BRASIL, 2004, p. 08).

Para a Política Nacional de Humanização, enquanto política pública de caráter transversal, a humanização deve permear as várias instâncias das políticas de saúde, constituindo-se como vertente orgânica do SUS, a partir do confronto de ideias, planejamento, mecanismos decisórios, estratégias de implementação e de avaliação. Esses processos “devem confluir na construção de trocas solidárias e comprometidas com a produção de saúde” (BRASIL, 2004, p. 02).

Nesse sentido, dentro da categorização do presente estudo, é possível concluir que se faz necessária a aplicação da humanização dentro da comunidade pesqueira, tendo em vista as falas que retratam diversas formas de violência no atendimento as mulheres.

A atitude de cuidado só ocorre quando a existência de alguém é importante para o outro, então eles estão dispostos a participar de sua vida. O cuidado é inerente à vida, nenhum tipo de vida pode subsistir sem cuidado. O cuidado humano deve ser baseado na reciprocidade e ter uma qualidade única e autêntica. O cuidado essencial descreve o cuidado como constituinte da presença ininterrupta, a todo o momento e sempre, na existência humana. É a energia que continuamente dá origem ao ser humano (BORGES et al., 2011).

“Mas o médico lá não quer nem olhar na cara da gente, nem olha, ele fico o tempo todo assim, a gente fica com ele e ele fica o tempo todo aqui, não olha pra cara da pessoa, Dr. o senhor nem escutou o que eu tava dizendo” (PESCADORA 5 – Januária - MG).

“A pessoa conta tudo e ele fica, não olha pra cara da pessoa, não examina, não olha, nada” (PESCADORA 2 - Fortaleza – CE).

O cuidado, então, implica a compreensão do ser humano em seu processo de viver, em seus direitos, em sua especificidade, em sua integridade. Orientar-se pelo cuidado é romper com a lógica da formação que se baseia excessivamente na hegemonia biomédica, no autoritarismo das relações, no poder construído a partir de um saber que silencia o outro e reifica os sujeitos. No processo tratamento das pescadoras, há uma supervalorização da produção e negação do sujeito para proporcionar o consumo de medicamentos e equipamentos do complexo médico-industrial em detrimento das relações humana e sociais, o que pode ocasionar a perda da subjetividade, da autonomia e da autoconsciência, atribuindo ao ser humano uma natureza inanimada e automática, como coisas ou mercadorias (SANTOS FILHO, 2007).

Portanto, o ser humano que participa como ser dessas práticas de saúde por meio do cuidado, seja ele doador ou receptor da prática, também atua na reconstrução de si mesmo e do outro, seja pela essência ou pelo cuidado. A concepção que cada profissional de saúde tem do que e quem é o homem depende da forma como ele se comporta no cuidado (MARQUE et al., 2006).

Uma das grandes preocupações enfrentadas por profissionais, gestores e usuários dos sistemas de saúde é a humanização dos serviços de saúde, conforme proposto por diferentes regulamentações e documentos. A doença e o cuidado são construções fundantes nas sociedades humanas, não apenas expressam fenômenos epidemiológicos e clínicos, mas também expressam as condições sociais, econômicas e culturais que toda sociedade inevitavelmente processa por meio de suas formas de adoecer, curar e morrer (GIOVANELLA, 2008).

Quando se fala em humanização da atenção à saúde, faz-se referência, em princípio, a todas aquelas ações que tornam o homem mais humano, portanto é necessário definir o conceito de humanização que têm os diferentes atores que participam do processo de cuidar em saúde: Profissionais, paciente e família. As instituições hospitalares como subsistemas sociais, cumprem a função de socializar os indivíduos com diretrizes, normas estabelecidas, adaptando-os e integrando-os ao sistema, desta forma o cuidado holístico é dificultado pelas múltiplas tarefas delegadas de tipo biomédico, sendo relegadas ações como efetivas a comunicação e a interação com o paciente e família de forma próxima denominada por Watson, cuidado transpessoal, ações essas valorizadas pelos usuários (SANTANA et al., 2010).

Segundo o Ministério de Saúde, a humanização é concebida como um imperativo ético para o Sistema Único de Saúde, e não apenas como um atributo do serviço, produto ou informação de cada uma das organizações ou atores que o compõem. É por isso que o Estado, na necessidade de intervir neste aspecto, necessita de instituições políticas de qualidade que consigam articular a atenção à saúde e o controle de custos e, assim, impactar no atendimento e na humanização do serviço (BRASIL, 2007).

Para Bermejo (2012), humanizar é uma questão ética, que diz respeito aos valores que norteiam nossa conduta no campo da saúde. Quando os valores nos levam a desenhar políticas, programas, cuidar e garantir as relações associadas à dignidade de cada ser humano, falamos em humanização. A humanização da saúde

implica um confronto entre duas culturas diferentes, entre duas formas de ver o mundo. Por um lado, uma cultura que privilegia o valor da eficácia a partir dos resultados da tecnologia e da gestão e, por outro, a cultura que prima pelo respeito à pessoa, pela sua autonomia e pela defesa dos seus direitos. Por isso é muito respeitável ter apreço pelo preparo dos profissionais de saúde para a conscientização e sensibilização quanto ao cuidado dos usuários, o que deve ser realizado no contexto da ética e dos valores, desta forma se pretende atender o paciente e suprir suas necessidades nos níveis físico, emocional, intelectual e social. No entanto, o que se verifica, a partir das narrativas, é o contrário, como pode ser observado na narrativa abaixo, onde fica explícito o atendimento de um médico em atendimento e utilizando o celular durante o mesmo.

Quando a gente tá chega lá, aí ele vai e bom dia, bom dia, aí ele tá no celular, aí enquanto você tá dizendo o que sentindo ele tá aqui, quando ele termina de dizer ele faz isso, já dá a receita, e quando ele pede exame ele pede, hemograma completo, fezes e urina. (PESCADORA 2 – Fortaleza - CE).

Ao encontrar com o médico, ele está no celular, o que significa está em outro mundo, no universo virtual percebido pelas pescadoras. O lugar da consulta é um não-lugar que violenta a relação médico-paciente, ou seja, a relação com o paciente se demonstrou ser uma relação médica negada. Assim, a palavra do paciente perde o sentido, conforme a narrativa seguinte.

Razões como essas, trazem o conceito de humanização para um espaço de destaque nas práticas atuais de reconstrução da saúde, no sentido de maior integridade, efetividade e acesso (GOULART e CHIARI, 2010). A humanização da assistência recuperou sua essência no cuidado dos serviços de saúde. Agora que tanto se fala em mensuração de processos institucionais de qualidade, esse é um critério fundamental. Por isso, é imprescindível expressá-lo com clareza nos princípios filosóficos que norteiam o trabalho institucional. Humanização do ponto de vista da hermenêutica significa a (re) organização das práticas de saúde, retratando o compromisso das tecnociências em seus elementos, com a efetivação dos valores humanos. A humanização visa ao processo de subjetivação para a produção do cuidado à saúde, combatendo a despersonalização e o reconhecimento e respeito ao outro com distinção cultural (SANTOS FILHO, 2007).

A humanização da saúde tem como objetivo central orientar a ação no mundo da saúde para o serviço ao doente, considerando-o na sua globalidade pessoal e procurando oferecer um cuidado integral com cordialidade, que responda às dimensões psicológicas, biológicas, sociais e espiritual. Humanizar uma realidade significa torná-la digna da pessoa humana, ou seja, condizente com os valores peculiares e inalienáveis do ser humano. Tais valores ficam claros nas falas abaixo:

“É estar em uma região desenvolvendo uma atividade sustentável né, de uma forma que eu tenha o alimento por exemplo de qualidade, eu vou ter um bem viver por que ali também tem a minha cultura né, ali também tem meu conhecimento da forma de pesca” (PESCADORA 3 – Laguna - SC).

“Bem viver, esta em uma região de bem estar, desenvolvendo atividades, estar num ambiente sustentável de uma forma que eu va ter um alimento de quantidade, eu vou ter um bem viver, uma cultura, ter meu conhecimento na forma de pescar” (PESCADORA 2 - Fortaleza – CE).

Mais especificamente, é fundamentalmente o reconhecimento da dignidade exclusiva do paciente, que ele consegue se sentir valorizado como pessoa com todos os seus direitos, quando não é mais visto como um número e quando a saúde não é mais percebida como um negócio (BACKES et al., 2007).

Assim, o profissional de saúde é o mediador das relações de vínculo e responsável pelo compartilhamento das tecnologias do conhecimento aliadas à aceitação das necessidades intersubjetivas, efetivando assim a humanização. É imprescindível que todos os profissionais direcionem seus conhecimentos ao serviço do outro, colocando em primeiro lugar a sensibilidade e a ética no ato de cuidar, valorizando a dignidade humana e oferecendo atendimento, comunicação e informação ideais aos usuários, pacientes, familiares e demais profissionais envolvidos no sistema (SIMÕES et al., 2007).

O cuidado à saúde implica um julgamento de valor e um processo dinâmico e participativo para identificar e priorizar as necessidades e decidir sobre a intervenção médica, o plano de cuidados de enfermagem e/ou outros profissionais de saúde, com o objetivo de promover a vida, prevenir doenças, intervir no tratamento, reabilitação e prestar cuidados paliativos a fim de desenvolver, na medida do possível, as potencialidades individuais e coletivas. A complexidade da atenção à saúde reside na sua natureza humana, na comunicação e na forma de interação de cada um dos atores do sistema, ou seja, na hora de cuidar, constituem o contexto em que se desenvolve a abordagem com o outro (BACKES et al., 2006).

O sentido de uma atenção integral e de qualidade possui várias orientações, uma delas é conseguir a articulação dos serviços de saúde, para que se organizem e procedam da forma mais adequada para atender às expectativas dos usuários, profissionais e gestores de saúde. De outro modo, o Código de Ética que se usa para os médicos e o Código de Ética do enfermeiro do Conselho Nacional de Enfermagem estipulam e obrigam os profissionais a orientar as intervenções de cuidado sob os objetivos de responsabilidade e desempenho das nossas funções: Proteger, manter e restaurar a saúde das pessoas, sua autonomia, suas funções vitais físicas e mentais, sempre levando em consideração sua individualidade, o grau de independência e a capacidade de cuidar de si. Compromisso que deve incitar o profissional a defender sua atuação como cuidador sob o lema de contribuir para a dignidade da pessoa (SIMÕES et al., 2007).

Diante das diversas necessidades de saúde que a população apresenta, o Sistema Único de Saúde (SUS) se propõe a modificar a forma como a atenção à saúde vem sendo tratada no país, contra o qual se delinearam com clareza as características da fragmentação da atenção e da saúde. nos aspectos biológicos e curativos. As mudanças propostas são norteadas pelos princípios da integralidade do cuidado, universalidade do acesso, descentralização político-administrativa, busca da equidade e incorporação de novas tecnologias, saberes e práticas (BERMEJOS, 2012).

Com base nesses princípios, a Estratégia Saúde da Família (ESF), desde a década de 90, vem se desenvolvendo como forma de reorientar os serviços de saúde por meio de intervenções que permite a equipe profissional uma compreensão mais ampla do processo saúde/doença e necessidade de ações que vão além das práticas curativas. Para essa estratégia, o estabelecimento de vínculo entre os profissionais de saúde e a população são eleitos como pontos centrais (RAIMUNDO e CADETE, 2012).

Nas falas das pescadoras entrevistadas percebe-se que há uma falta de profissionais preparados para atuar de forma humanizada, os sujeitos apontam tanto falta de sensibilidade quanto falta de perfil. Essas dificuldades apontadas indicam que a prática cotidiana dos processos de trabalho é fragmentada e burocratizada, favorecendo a perpetuação do modelo assistencial voltado para a ação curativa e voltado para a queixa, o que contradiz a proposta de humanização.

Segundo Deslandes (2006), é comum essa ligação que as pessoas fazem entre o cuidado de saúde e os profissionais de saúde e o conjunto de procedimentos técnicos realizados pelos mesmos. Entretanto, vale ressaltar que, para que a proposta de humanização seja cumprida, o cuidar deve ser relacionado a autocompreensão e a reconstrução contínua e simultânea da condição humana, buscando o diálogo, o acolhimento e a responsabilidade do profissional de saúde com o paciente.

No que diz respeito aos aspectos relacionados à organização dos serviços de saúde que dificultam a humanização da assistência, as entrevistadas incluíram a limitação de acesso à atenção secundária, a deficiência de contrarreferência, além da falta de materiais e unidades de espaço físico inadequados.

6.4 Conclusão

A partir da presente pesquisa observou-se que a assistência à saúde na atenção básica permanece centrada no médico, geralmente marcada por modos de violência simbólica proporcionadas principalmente pelo atendimento desumanizado nas comunidades pesqueiras. A partir das falas das entrevistadas foi possível perceber a existência de práticas de atendimento médico desprovidas de princípios éticos e desumanizados que comumente resultam em modos de violência, discriminação e desprezo pelos pacientes. Esses que, por sua vez, têm claramente para si, que o conceito de atenção à saúde está relacionado ao atendimento centralizado no médico, desumanizado e insuficiente, que conseqüentemente repercute no mesmo significado empreendido para a própria atenção básica do SUS.

No que diz respeito ao processo de humanização dos serviços de saúde e o atendimento aos pescadores artesanais ainda é insuficiente, já que foi possível observar relatos da falta de cuidado no atendimento as mulheres. O cuidado com o ser humano deve ser o principal foco do programa de humanização, seja no que diz respeito aos profissionais, pacientes e familiares. O profissional de saúde é o mediador de tais relações de cuidado, direcionando seus conhecimentos a serviço do outro com sensibilidade e ética.

Assim, tendo em vista a importância da mulher pescadora dentro da pesca artesanal e observando a vulnerabilidade das mesmas no que diz respeito aos

serviços de atenção a saúde e a humanização, conclui-se que estas precisam de mais cuidado e atenção. Para tanto sabe-se que se faz necessário que essas comunidades sejam trabalhadas desde a sua base com programas educacionais que tragam mais informação e auxiliem na prevenção e no cuidado. Dessa maneira, as dificuldades apontadas podem ser ao menos diminuídas e um modelo de ação diferente pode ser implementado, melhorando a saúde e a qualidade de vida de todos.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE CC, HOLANDA AF. Apontamentos sobre pesquisa qualitativa e pesquisa empírico-fenomenológica. **Estud. psicol.** (Campinas) 27 (2) • Jun 2010 • <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2010000200013>.
- BACKES DS, KOERICH MS, LORENZINI A. Humanizing care through the valuation of the human being: resignification of values and principles by health professionals. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** 2007 janeiro-fevereiro; 15(1):34-41.
- BACKES DS, LUNARDI VL, LUNARDI WD FILHO. A humanização hospitalar como expressão ética. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** janeiro-fevereiro 2006; 14(1):132-5.
- BASTOS J. L., GARCIA L. P. Discriminação nos serviços de saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.24, n.3, 2015.
- BERMEJO-HIGUERA JC. **Humanización en salud.** Ejes de la acreditación. [Online]; 2012.
- BERMEJO-HIGUERA JC. **Humanización en salud.** Ejes de la acreditación. [Online]; 2012.
- BORGES MR, MADEIRA LM, AZEVEDO VMGO. As práticas integrativas e complementares na atenção à saúde da mulher: uma estratégia de humanização da assistência no Hospital Sofia Feldman. **Rev Min Enferm** 2011; 15(1):105-113.
- BRASIL . **Nota Técnica de março de 2016: Apresenta a Intensificação Produtiva Da Aquicultura Brasileira e Novas Demandas Tecnológicas.** Brasília: Empresa Brasileira de Pesquisas Agropecuária. 2016. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Manoel_Pedroza/publication/321170388_NO TA_TECNIca_intensificacao_produtiva_da_aquicultura_brasileira_e_novas_demandas_tecnologicas/links/5a130fefa6fdcc717b524848/nota-tecnica-intensificacao-produtiva-da-aquicultura-brasileira-e-novas-demandas-tecnologicas.pdf.
- BRASIL. (2011). **Lei n. 12.527, de 18 de novembro de 2011.** Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm.
- BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Secretaria de Assistência à saúde.** Departametro de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007. 61p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS:** Política Nacional de Humanização: Humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas instâncias do SUS. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS / Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 92 p. - (Série B. Textos Básicos de Saúde).

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 12^a ed. São Paulo: Cortez editora, 2018.

DESLANDES, S.F., comp. **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas** [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006, 414 p. Criança, mulheres e saúde collection. ISBN 978-85-7541-329-6. <https://doi.org/10.7476/9788575413296>.

FERRAZ, O. L. M.; VIEIRA, F. S. Direito à saúde, recursos escassos e equidade: os riscos da interpretação judicial dominante. **Revista Dados**, v. 52, n. 1, p. 223-51, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52582009000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 mar. 2021.

FIOCRUZ, Ministério da Saúde. **Fonoaudiologia na saúde do trabalhador**. N.4, 2011.

GEIGER, H. J. The causes of dehumanization in health care and prospects for humanization. In: HOWARD, J. & STRAUSS, A. (Eds.) **Humanizing Health Care**. New York: John Wiley & Sons, 1975.

GIOVANELLA, L. Atenção primária seletiva ou abrangente. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, sup. 1, p. S7-S27, 2008.

HOGAN DJ. Mobilidade populacional, sustentabilidade ambiental e vulnerabilidade social. **Rev. bras. estud. popul.** 22 (2) • Dez 2005 • <https://doi.org/10.1590/S0102-30982005000200009>.

HOWARD, J. Humanization and dehumanization of health care: a conceptual view. In: HOWARD, J. & STRAUSS, A. (Eds.) **Humanizing Health Care**. New York: John Wiley & Sons, 1975.

Livestock and Supply based on the General Registration System for Fisheries and Aquaculture. **Agrarian and Biological Sciences**, V.09, N.10, 2020.

MARQUE FC, DIAS IMV, AZEVEDO L. A Percepção da Equipe de Enfermagem sobre a Humanização do Parto e Nascimento. **Esc Anna Nery Rev Enferm** 2006; 10(3):439-447.

MAZOYER, M.; ROUDART, L. **História das agriculturas no mundo: do neolítico à crise contemporânea**. Brasília; São Paulo: Nead/MDA; Ed. Unesp, 2010.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Ed. Vozes, 2016.

NUNES, J. A. Saúde, direito à saúde e justiça sanitária. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Coimbra, v.87, p.143-69, 2009. Disponível em:

<<https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/33753>>. Acesso em: 22 mar. 2021.

OLIVEIRA, S.L. **Tratado de metodologia científica**. São Paulo: Editora Pioneira; 2004.

RAIMUNDO, Jader Sebastião; CADETE, Matilde Meire Miranda. Escuta qualificada e gestão social entre os profissionais de saúde. **Rev. Acta Paul Enferm.** v. 25, n. 2, p. 61-67, 2012.

REGO RF, MULLER JS, FALCÃO RI, PENA PGL. Vigilância em saúde do trabalhador da pesca artesanal na Baía de Todos os Santos: da invisibilidade à proposição de políticas públicas para o Sistema Único de Saúde (SUS). **Rev. bras. saúde ocup.** 43 (Suppl 1). 2018. <https://doi.org/10.1590/2317-6369000003618>.

RIBEIRO, P. B. **Significados da maternidade para mulheres que Vivenciaram a violência obstétrica**. Orientador: Ana Cecília de Souza Bittencourt. 2017. 123f. Dissertação (Mestrado)– Pós Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/24060/1/Dissertação%20versão%20final.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2021

RODRIGUEZ, H. **Representações sociais de mulheres acerca da violência obstétrica institucional no trabalho de parto e parto**. Repositório Institucional UFSC. ese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2016.

SANTANA, F. *et al* Integralidade do cuidado: concepção e práticas de docentes de graduação em enfermagem no estado de Goiás. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 1652-1664, 2010.

Santos Filho SB. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Ciênc Saúde Colet.** julho-agosto2007; 12(4):999-1010.

SANTOS NPM, AGGIO MBR, HANAZAKI N, COSTA M, SCHIAVETTI A, DIAS JÁ, AZEITEIRO UM. A Pesca enquanto Atividade Humana: Pesca Artesanal e Sustentabilidade. *Revista da Gestão Costeira Integrada* 12(4):405-427 (2012) **Journal of Integrated Coastal Zone Management** 12(4):405-427 (2012).

Simões ALA, Rodrigues FR, Tavares DMS, Rodrigues LR. Humanização na saúde: enfoque na atenção primária. **Texto & Contexto Enferm.** julho-setembro 2007; 16(3):439-44.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS. Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona. **Ministério da Saúde**. Brasília – DF, Brasil. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/sistema-unico-de-saude>>. Acesso em: 05 mar 2021.

TRIVINÔS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VIANA, A.L.D; FAUSTO, M.C.R.; LIMA, L.D. Política de saúde e equidade. **São Paulo em Perspectiva**, v. 17, n. 1, p. 58-68, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392003000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 mar. 2021.

World Health Organization. DMFT levels at 12 years, 1996. Geneva: WHO; 1996.

7 CONCLUSÃO

O percentual de famílias envolvidas com a pesca artesanal no Brasil é expressivo e isso gera uma grande preocupação, já que o contexto geral aponta que existe certo esquecimento por parte da administração pública em todas as esferas. As comunidades pesqueiras apresentam condições de vulnerabilidade social e econômica e as/os pescadores acabam sendo expostos a graves riscos de doenças e acidentes de trabalho. Para agravar ainda mais, percebe-se que o acesso ao SUS é precário e que os indivíduos de tais comunidades estão desamparados.

Através das falas das pescadoras entrevistadas ficou claro que o conceito de saúde para as mesmas, envolve diversas vertentes e o bem estar geral é um desejo das pescadoras, que buscam qualidade de vida dentro do ambiente em que elas desenvolvem sua rotina laboral e de vida.

Nesse contexto, a Estratégia de Saúde da Família é essencial para que as ações do SUS cheguem a essas comunidades que encontram-se esquecidas. Nas mesmas, torna-se necessário o desenvolvimento de um trabalho de humanização do SUS, já que o atendimento médico não é realizado como previsto pela lei, com casos de violência, discriminação e falta de preocupação com as pacientes.

Conclui-se assim, que a mulher pescadora tem um papel de suma importância dentro do contexto econômico dessas comunidades e principalmente, no processo de produção de pescados que vão para as mesas de diversas casas do Brasil. Dessa maneira, é preciso que tais mulheres sejam vistas com mais atenção dentro dos programas de saúde, para que tenham mais informação e conseqüentemente mais prevenção de agravos de saúde e cuidado.

REFERÊNCIAS

- ALVARÉZ, M. C.; STUARDO R. G.; NAVIA, D. C.; CORTES, C. G. La visualización femenina en la pesca artesanal: transformaciones culturales en el sur de Chile. **Polis. Revista Latinoamericana**, n. 46, 2017. Disponível em: <<https://journals.openedition.org/polis/12338>>. Acesso em: 15 jan. 2020.
- ANDRADE, J. A. P. **Pesca artesanal, turismo e impactos socioambientais: A percepção ambiental dos pescadores na APA Costa dos Corais (Alagoas/Brasil)**. 2020. 127 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Marinhas Tropicais) - Programa de Pós-Graduação em Ciências Marinhas Tropicais, Instituto de Ciências do Mar - LABOMAR, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2020. Disponível em: <<http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/49917>>. Acesso em: 17 jan. 2020.
- ANDRADE, C. C.; HOLANDA, A. F. Apontamentos sobre pesquisa qualitativa e pesquisa empírico-fenomenológica. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 27, n. 2, p. 259-268, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2010000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 jan. 2020.
- ANDRADE, J. C. D. P.; SCHIAVETTI, A. Artisanal fishing and local conflicts: the case of the 'Pedras de Una' fishing community, Bahia, Brazil. **Revista de Gestão Costeira Integrada-Journal of Integrated Coastal Zone Management**, Lisboa, v. 15, n. 3, p. 425-438, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-88722015000300011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 jan. 2020.
- BARCELLOS, A. P. O direito a prestações de saúde: complexidades, mínimo existencial e o valor das abordagens coletiva e abstrata. **Revista da Defensoria Pública**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 133-160, jul./dez. 2008.
- BARDIN, L. (1979). Análise de conteúdo. Lisboa, Portugal: Edições 70.
- BARROS, JAC. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? Apresentação das Mesas Redondas. *Saude soc.* 11 (1). Jul 2002.
- BENDER, M.G.; FLOETER, S.R.; HANAZAKI, N. Do traditional fishers recognise reef fish species declines? Shifting environmental baselines in Eastern Brazil. **Fisheries Management and Ecology**, v.20, n.1, p.58-67, 2013. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/263604379_Do_traditional_fishers_recognise_reef_fish_species_declines_Shifting_environmental_baselines_in_Eastern_Brazil>. Acesso em: 20 jan. 2020.
- BERCINI, L. O.; TOMANIK, E. A. Representações sociais sobre saúde e estratégias de enfrentamento das doenças entre as mulheres dos pescadores do município de Porto Rico, Paraná. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 5, p. 71-76, 2006. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/bde-19066>>. Acesso em: 21 jan. 2020.

BERKES, F.; MAHON, R.; MCCONNEY, P.; POLLNAC, R.; POMEROY, R. **Managing Small-scale Fisheries: Alternative Direction and Methods**. 1a. ed. Ottawa: International Development Research Centre Canada, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000117&pid=S1414-753X201100010000200011&lng=pt>. Acesso em: 15 jan. 2020.

BOURDIEU, P. A força do direito: elementos para uma sociologia do campo jurídico. *In*: BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Brasil: Bertrand Brasil, 1998 [1989], p. 209-254.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégia Saúde da Família (ESF) 2019. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/saude-da-familia/sobre-o-programa>>. Acesso em: 12 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Pesca e Aquicultura. Boletim estatístico da pesca e aquicultura. Brasília, DF: MPA; 2016: [129 p.]. Disponível em: http://sinpesq.mpa.gov.br/preps_cms/download/boletim_2010/boletim_estatistico_mpa_2010.pdf>. Acesso em 11 mar 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre a aprovação de diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União: seção 1, nº 12, 13 de junho de 2013, p. 59. Disponível em:<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Pesca e Aquicultura. Boletim estatístico da pesca e aquicultura. Brasília, DF: MPA; fev 2012: [129 p.]. Disponível em: http://sinpesq.mpa.gov.br/preps_cms/download/boletim_2010/boletim_estatistico_mpa_2010.pdf>. Acesso em 13 nov 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre a aprovação de diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União: seção 1, nº 12, 13 de junho de 2013, p. 59. Disponível em:<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2020.

BRASIL. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 29/4/2011, p. 4 (Veto). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12401.htm>. Acesso em: 17 abr. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre a aprovação de diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196_10_10_1996.html>. Acesso em: 10 mar. 2020.

BRASIL. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 25 jul. 1991, p. 14809 (Publicação Original). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm>. Acesso em 03 abr. 2020.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 17, p. 77-93, 2007.

CAMPOS, M. M.; TIMÓTEO, G. M.; ARRUDA, A. P. S.N. A dinâmica da pesca artesanal na Bacia de Campos: organização social e práticas em economia solidária entre os pescadores artesanais. **Revista Crítica de Ciências Sociais**. n. 116, p. 71-102, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-74352018000200004&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 05 mar. 2020.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto contexto - enferm.** v. 15, n.4, p.679-684,2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000400017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 mai 2020.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 12ª ed. São Paulo: Cortez editora, 2018.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS. Saúde Suplementar. Coleção Para Entender a Gestão do SUS | 2011 Atualização Junho/2015. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. v. 12, 20 p., 2015b.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS. Saúde Suplementar. Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS. Brasília: Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Saúde Suplementar. v. 11, 234 p. 2007.

CORTEZ, C. S. **Conhecimento ecológico local, técnicas de pesca e uso dos recursos pesqueiros em comunidades da área de proteção ambiental Barra do Rio Mamanguape, Paraíba, Brasil**. 2010. 91f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento e Meio Ambiente) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2010. Disponível em: <<https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/tede/4582/1/arquivototal.pdf>>. Acesso em: 05 mar. 2020.

DALLARI, S. G. A construção do direito à saúde no Brasil. **Revista De Direito Sanitário**, v. 9, n.3, p. 9-34. 2008. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13128>>. Acesso em: 15 jan. 2020.

DALL'OCA, A. V. **Aspectos socioeconômicos, de trabalho e de saúde de pescadores do Mato Grosso do Sul**. 2004. 71f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2004. Disponível em:

<<https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/tede/4582/1/arquivototal.pdf>>. Acesso em: 05 mar. 2020>. Acesso em: 05 mar. 2020.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. In: **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. p. 432-432, 2006.

DE PONTES, W. A, PENA, P. G. L., LOUREIRO, C. F. B., CARVALHO, M. E. S., BARBOSA, J. R. M. Sociodemographic profile of elderly care in a family health strategy (esf) in the municipality of fisheries in Pernambuco. v. 2, n. 6, 2020.

DIAS, T. L. P.; ROSA, R. S.; DAMASCENO, L. C. P. Aspectos socioeconômicos, percepção ambiental e perspectivas das mulheres marisqueiras da Reserva de Desenvolvimento Sustentável Ponta do Tubarão (Rio Grande do Norte, Brasil). **Gaia Scientia**, v. 1, n. 1, p. 25-35, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000157&pid=S1414-753X201200020000600014&lng=pt>. Acesso em: 02 mar 2020.

DIEGUES, A. C. Pescadores, camponeses e trabalhadores do mar. São Paulo, Ática, 1983.

FALCÃO, I. R., RÊGO, R. D. C. F., COUTO, M. C. B. M., PENA, P. G. L., ANDRADE, L. L., MÜLLER, J. D. S., LIMA, V. M. C. Fatores associados com os distúrbios musculoesqueléticos em pescadoras artesanais/marisqueiras em Saubara, Bahia, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 2557-2568, 2019

FANTI, F. **Políticas de saúde em juízo: um estudo sobre o município de São Paulo**. 2009. 106f. Tese (Doutorado em Ciência Política). Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, 2009. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8131/tede-02032010-171419/publico/FABIOLA_FANTI.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2020.

FERNANDES, R. C. P., ASSUNÇÃO, A. Á., CARVALHO, F. M.. Tarefas repetitivas sob pressão temporal: os distúrbios musculoesqueléticos e o trabalho industrial. **Ciência & saúde coletiva**, v. 15, n. 3, p. 931-942, 2010.

FERRAZ, O. L. M.; VIEIRA, F. S. Direito à saúde, recursos escassos e equidade: os riscos da interpretação judicial dominante. **Revista Dados**, v. 52, n. 1, p. 223-51, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52582009000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 jan. 2020.

FIGUEIREDO, M.; MORENNA, A.; PROST, C. O trabalho da mulher na cadeia produtiva da pesca artesanal. **Revista Feminismos**, v. 2, n. 1, p. 82-93, 2014. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/feminismos/article/viewFile/30024/17758>>. Acesso em: 15 jan. 2020.

FONSECA, M.; ALVES, F.; MACEDO, M. C.; AZEITEIRO, U. M. O papel das mulheres na pesca artesanal marinha: estudo de uma comunidade pesqueira no município de Rio das Ostras, RJ, Brasil. **Revista de Gestão Costeira Integrada**, v.

16, n. 2, p. 231-241, 2016. Disponível em:
<http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-88722016000200010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 jan. 2020.

GIDDENS, A. **Sociologia**. Revisado e atualizado om Philip W Sutton. 6ª. ed. Penso Editora Ltda: São Paulo, 2012.

GIDDENS, A.; SUTTON, P.W. **Conceitos essenciais da sociologia**. 2ª. ed. Revisada. Editora UNESP, 2017.

HARPER, S., ZELLER, D., HAUZER, M., PAULY, D & SUMAILA, U. Women and fisheries: Contribution to food security and local economies. **Marine Polic**, v. 39, p.56–63, 2013. Disponível em:
<<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0308597X12002175>>. Acesso em: 15 jan. 2020.

HIDDEN, H. The global contribution of capture fisheries. Washington, DF: The World Bank; 2012. Disponível em:
<<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/11873/664690ESW0P1210120HiddenHarvest0web.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em 15 nov 2019.

JESUS, R. S.; PROST, Catherine. Importância da atividade artesanal de mariscagem para as populações nos municípios de Madre de Deus e Saubara, Bahia. **GEOUSP Espaço e Tempo** (Online), n. 30, p. 123-137, 2011. Disponível em:
<<http://www.revistas.usp.br/geousp/article/view/74236/77879>>. Acesso em: 15 jan. 2020.

KELLER, P. F. Trabalho artesanal e cooperado: realidades, mudanças e desafios. **Sociedade e Cultura**, Goiânia, v. 14, n. 1, p. 29-40, 2011. Disponível em:
<<https://www.revistas.ufg.br/fchf/article/view/15646/9882>>. Acesso em: 15 jan. 2020.

KWENA, Z. C. F., SOUZA, V. V. D., MOULAZ, P. G. L., MACEDO, C. F.B., SOSSAI, M. E. S., TOLETOO, J. R. M. Understanding mobility and sexual risk behaviour among women in fishing communities of Lake Victoria in East Africa: a qualitative study. **BMC public health**, v. 20, n. 1, p. 1-10, 2020.

LANDIM FILHO, R. F. Significado e verdade. Síntese: **Revista de Filosofia**, v. 11, n. 32, p. 36-47, 1984. Disponível em:

<<https://faje.edu.br/periodicos/index.php/Sintese>>. Acesso em: 15 jan. 2020.

LEITE, M; ROSS, H; BERKES, F. Interactions between individual, household, and fishing community resilience in southeast Brazil. **Ecology and Society**, v. 24, n. 3, 2019.

LOPES, P. F. M., FREITAS, C. T., BEGOSSI, A. A MULHER E A PESCA: UM OLHAR SOBRE A PESQUISA E A ATUAÇÃO FEMININA PESQUEIRA NO BRASIL. **Ethnoscientia**, v. 5, n. 1, 2020.

MARTINS, M. L. S., PENA, P. G. L., LOUREIRO, C. F. B., CARVALHO, M. E. S., BARBOSA, J. R. M. Aspectos da saúde laboral das marisqueiras do Estado de

Sergipe: desafios e possibilidades. *In*: IX EPEA - Encontro Pesquisa em Educação Ambiental, realizado entre os dias 13 e 16 de agosto de 2017, Universidade Federal de Juíz de Fora, MG. Disponível em:

<http://epea.tmp.br/epea2017_anais/pdfs/plenary/0129.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2020.

MARTINS, M. L. S.; ALVIM, R. G. Perspectivas do trabalho feminino na pesca artesanal: particularidades da comunidade Ilha do Beto, Sergipe, Brasil. *Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi. Ciências Humanas*, v.11, n.2, p. 379-390, 2016.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-81222016000200379&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 jan. 2020.

MAZOYER, M.; ROUDART, L. **História das agriculturas no mundo: do neolítico à crise contemporânea**. 567 p., 2010. Tradução por Cláudia F. Falluh Balduino Ferreira de "Histoire des Agricultures du monde: du néolithique à la crise contemporaine" (Éditions du Seuil, 1997, 2002), Editora da UNESP, São Paulo, SP, Brasil. ISBN: 978-8571399945. Disponível em:

<<http://w3.ufsm.br/gpet/files/Historia%20das%20agriculturas%20no%20mundo%20%20Mazoyer%20e%20Roudart.pdf>>. Acesso em 23 fev. 2020.

MEDEIROS, C. C. C. Habitus e Corpo Social: reflexões sobre o corpo na teoria sociológica de Pierre Bourdieu. **Movimento – Revista de Educação Física da UFRGS**, v. 17, n. 1, p. 281-300, 2011. Disponível em:

<<https://seer.ufrgs.br/Movimento/article/view/13430/12953>>. Acesso em: 23 fev. 2020.

MENEGHETTI, F. K., FARIA, J. H. Gestão e reificação dos homens do mar. *RAM. Revista de Administração Mackenzie*, v. 13, n. 4, p. 15-47, 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-69712012000400002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 jan. 2020.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 4a ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1996.

MINAYO, M.C.S.. A produção de conhecimentos na interface entre as ciências sociais e humanas e a saúde coletiva. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 1, p. 21-31, 2013.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Ed. Vozes, 2016.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. 11a Edição. São Paulo. Editora Hucitec, 2008.

MIRANDA, J. J. *et al.* Discursos de gênero e saúde: Debatendo a PNAISH com seus usuários. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 34, p. 01-09, 2018. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722018000100503&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 fev. 2020.

MULLER, J.S. Prevalência de distúrbios musculoesqueléticos, fatores associados e perfil dos pescadores artesanais de comunidade tradicional da Baía de Todos-os-

Santos, Bahia, Brasil. Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Processos Interativos de Órgãos e Sistemas. Universidade Federal da Bahia. 2021.

NUNES, J. A. Saúde, direito à saúde e justiça sanitária. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Coimbra, v.87, p.143-69, 2009. Disponível em: <<https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/33753>>. Acesso em: 22 mar. 2020.

OLIVEIRA, B. M. C. **A gestão dos resíduos da mariscagem pernambucana**. 2016. 133 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento e Meio Ambiente) – Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento e Meio Ambiente. Universidade Federal de Pernambuco, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/19606/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o_Bruno%20Carneval.pdf>. Acesso em: 03 de mar. 2020.

OLIVEIRA, O.M.B.A.; SILVA, V.L. O processo de industrialização do setor pesqueiro e a desestruturação da pesca artesanal no Brasil a partir do Código de Pesca de 1967. **Seqüência**, v.33, n.65, p.329-357, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/seq/n65/n65a14.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2020.

OLIVEIRA, S.L. **Tratado de metodologia científica**. São Paulo: Editora Pioneira; PENA, P. G. L.; FREITAS, M. D. C. S. D.; CARDIM, A. Trabalho artesanal, cadências infernais e lesões por esforços repetitivos: estudo de caso em uma comunidade de marisqueiras na Ilha de Maré, Bahia. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n. 8, p. 3383-3392, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000900005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 mar. 2020.

PENA, P. G. L.; GOMES, A. R. A exploração do corpo no trabalho ao longo da história. In: VASCONCELLOS, L. C. F.; OLIVEIRA, M. H. B. (Org.). **Saúde, Trabalho e Direito**. Rio de Janeiro: EDUCAM, v. 1, p. 85-123, 2011.

PENA, P. G. L.; GOMEZ, C. M. Saúde dos pescadores artesanais e desafios para a Vigilância em Saúde do Trabalhador. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.12, p. 4689-4698, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001204689&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 mar. 2020.

PENA, P.G.L.; MARTINS, V.; REGO, R. F. Por uma política para a saúde do trabalhador não assalariado: o caso dos pescadores artesanais e das marisqueiras. **Revista Brasileira da Saúde Ocupacional**, v. 38, n. 127, p.57-68, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572013000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 mar. 2020.

PROJETO: Educação em saúde da (o) trabalhadora (or) da pesca artesanal e formação de agentes multiplicadoras em participação na gestão do SUS, UFBA, 2015.

REBOLLEDO, L. Resistencia y cambios identitarios en trabajadores/as del salmón en Quellón. **Polis, Revista Latinoamericana**, v. 11, n.31, p. 223-239, 2012.

Disponível em: <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-65682012000100013&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 22 mar. 2020.

RÊGO, R. F. *et al.* Vigilância em saúde do trabalhador da pesca artesanal na Baía de Todos os Santos: da invisibilidade à proposição de políticas públicas para o Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 43, n. 1, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572018001000502&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 jan. 2020.

RIBEIRO, C. R. B.; SABÓIA, V. M.; DE SOUZA, D. K. A saúde de pescadores artesanais e ocorrência de feridas cutâneas: novos rumos para a enfermagem. **Rev. de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**. v. 7, n. 1, p.1946-1953, 2015. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750945034>>. Acesso em: 22 mar. 2020.

RODRIGUES, G.S. Direitos sociais e pesca artesanal. 2012. Disponível em: <www.saofranciscovivo.com.br>. Acesso em 13 nov 2019

SALLY, E.O.F. *et al.* Articulando gênero e saúde: formação de profissionais no âmbito da Rede Cegonha. **Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 12, n. 4, p. 941-957, 2017. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/28661>>. Acesso em: 22 mar. 2020.

SAMPAIO, L., CAMINO, C., & ROAZZI, A. Revisão de aspectos conceituais, teóricos e metodológicos da empatia. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 29 (2), 212-227. 2009.

SANTOS, M. P. N. *et al.* A Pesca enquanto Atividade Humana: Pesca Artesanal e Sustentabilidade. **Revista de Gestão Costeira Integrada**, v.12, n.4, p.405-427, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-88722012000400002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 mar. 2020.

SEIXAS, S.R.D.C.; HOEFFEL, J.L.D.M.; RENK, M.; SILVA, B.N.; LIMA, F.B. Percepção de pescadores e maricultores sobre mudanças ambientais globais, no litoral Norte Paulista, São Paulo, Brasil. **Revista de Gestão Costeira Integrada**, v.14, n.1, p.51-64, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-88722014000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 mar. 2020.

SILVA, A. X. S.; FORTES, L.; SILVA, A. C. C. Batalhadoras da mariscagem na reserva de desenvolvimento sustentável ponta do tubarão (MACAU-RN), 2016. *In*: 30ª Reunião Brasileira de Antropologia, realizada entre os dias 03 e 06 de agosto de 2016, João Pessoa/PB. Disponível em: <http://evento.abant.org.br/rba/30rba/files/1467245155_ARQUIVO_GT053-BATALHADORASDAMARISCAGEMNARESERVADEDESENVOLVIMENTOSUSTENTAVELPONTADOTUBARAO.pdf>. Acesso em: 03 mar 2020.

SILVA, R.R.S.C. UBER x motorista: possibilidade de configuração de relação de emprego. Conteúdo Jurídico [online]. Publicado em: 11 dez. 2017. Disponível em: <<http://www.conteudojuridico.com.br/artigo,uber-x-motorista-possibilidade-de-configuracao-de-relacao-de-emprego,590123.html>>. Acesso em: 20 de nov. 2019.

SILVA, M; PENNINO, M; LOPES, P. Social-ecological trends: managing the vulnerability of coastal fishing communities. **Ecology and Society**, v. 24, n. 4, 2019

SPINK, M. J. **Linguagem e produção de sentidos no cotidiano** [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2010. 1 p. ISBN: 978-85-7982-046-5. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/w9q43/pdf/spink-9788579820465-00.pdf>>. Acesso em 20 nov. 2019.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS. Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona. **Ministério da Saúde**. Brasília – DF, Brasil. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/sistema-unico-de-saude>>. Acesso em: 05 jan 2020.

SOARES, L. S. H.; LOPEZ, J. P.; MUTO, E. Y.; GIANNINI, R. Capture fishery in northern Todos os Santos Bay, tropical southwestern Atlantic, Brazil. **Brazilian Journal of Oceanography**, v. 59, n. 1, p. 61-74, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-87592011000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 mar. 2020.

STADTLER, H. H. C. Mulheres na pesca artesanal: lutando por previdência e saúde. **Retratos de Assentamentos**, v. 18, n. 1, p. 91-112, 2015. Disponível em: <<http://www.retratosdeassentamentos.com/index.php/retratos/article/view/183>>. Acesso em: 22 mar. 2020.

TAQUETTE, S. Análise de dados de pesquisa qualitativa em saúde. **CIAIQ2016**, v. 2, 2016.

TRIVINÔS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

TULLIO, A. O. S. Acesso aos serviços de saúde de uma comunidade tradicional pesqueira no Nordeste do Brasil: limitações de uma realidade peculiar. 2019.

VENKATESH, V. SYKES, T. A., ZHANG, X. ICT FOR DEVELOPMENT IN RURAL INDIA: A LONGITUDINAL STUDY OF WOMEN'S HEALTH OUTCOMES. **MIS Quarterly**, v. 44, n. 2, 2020.

VENTURA, M. *et al.* Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Physis** (online), v.20, n.1. p. 77-100, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 mar. 2020.

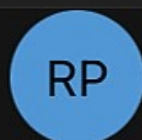
VERAS, P, F. **Composição, estrutura e aspectos reprodutivos das principais espécies da fauna acompanhante da pescaria de zangaria na Reserva Extrativista de Cururupu, Maranhão**. 2015. 97 f. Dissertação (Mestrado em

Recursos Aquáticos e Pesca) - Programa de Pós-Graduação em Recursos Aquáticos e Pesca, PPGRAP, Universidade Estadual do Maranhão, 2015. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/vtt-205151>>. Acesso em: 22 mar. 2020.

VIANA, A.L.D; FAUSTO, M.C.R.; LIMA, L.D. Política de saúde e equidade. **São Paulo em Perspectiva**, v. 17, n. 1, p. 58-68, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392003000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 mar. 2020.

WISNER, A. **A inteligência no trabalho**: textos selecionados de Ergonomia. São Paulo: FUNDACENTRO: Fundação para o Desenvolvimento da UNESP, 1993. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=733620&indexSearch=ID>>. Acesso em: 15 jan. 2020.

YELA QUINTERO, FELISA. F. **Estilos de vida y consecuencias en la salud de los pescadores artesanales de la parroquia Valdez Del Cantón Eloy Alfaro**. 2017. Tese de Doutorado. Ecuador-PUCESE-Escuela de Enfermería.



Roberto Paulo Correia de A... 26 de fev.

Para Você



Edmara Mota:

Obrigado por submeter o manuscrito, "Significado de saúde para as pescadoras artesanais do Brasil" ao periódico Revista de Ciências Médicas e Biológicas. Com o sistema de gerenciamento de periódicos on-line que estamos usando, você poderá acompanhar seu progresso através do processo editorial efetuando login no site do periódico:

URL da Submissão:

<https://periodicos.ufba.br/index.php/cmbio/autorDashboard/submission/48371>

Usuário: eom19851

Se você tiver alguma dúvida, entre em contato conosco. Agradecemos por considerar este periódico para publicar o seu trabalho.



Responder



Email



Busca



Calendário