

# ANEXO 1

## Avaliação de Risco à Saúde Humana Avaliação das Preocupações da Comunidade - 2011 Porto Nacional - Tocantins

Entrevistador: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

### Status da visita domiciliar

| visita | data | hora | observações | * Resultado da visita | * Resultado da visita                 |
|--------|------|------|-------------|-----------------------|---------------------------------------|
| 1ª     | /    |      |             |                       | 1. avaliação realizada                |
| 2ª     | /    |      |             |                       | 2. domicílio fechado/vago             |
| 3ª     | /    |      |             |                       | 3. não conseguiu localizar um morador |
|        |      |      |             |                       | 4. morador recusou fazer a avaliação  |
|        |      |      |             |                       | 5. outro: _____                       |

### Relação dos moradores do domicílio

| Nº | Nome | * Relação com o responsável pela família | Sexo (F, M) | Idade (anos) |
|----|------|--|-------------|--------------|
| 1  |      | Responsável 1                            |             |              |
| 2  |      |  |             |              |
| 3  |      |  |             |              |
| 4  |      |  |             |              |
| 5  |      |  |             |              |
| 6  |      |  |             |              |
| 7  |      |  |             |              |
| 8  |      |  |             |              |
| 9  |      |  |             |              |
| 10 |      |  |             |              |

\* Relação com o responsável pela família:

2. cônjuge
3. filho ou enteado
4. outro parente
5. agregado
6. pensionista
7. empregado doméstico
9. outro

Observações:

## A - Identificação do entrevistado

### A01. Nome:

A02. Data de nascimento: |\_\_|\_| / |\_\_|\_| / |\_\_|\_|

A03. Sexo: 1. masculino      2. feminino

### A04. Grupo populacional segundo a exposição

- a.  Ex-trabalhador EX-SUCAM  
Período: de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_
- b.  Terceirizados/autônomos EX-SUCAM  
Período: de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_
- c.  Familiares (mesmo domicílio) de trabalhadores EX-SUCAM  
Período: de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_
- d.  Expostos no entorno  
Período: de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_.
- e.  Trabalhadores no local após desativação  
Período: de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_
- f.  Outros: \_\_\_\_\_  
Período: de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

### A5. Cor/raça:

- 1. Branca
- 2. Preta
- 3. Amarela
- 4. Parda
- 5. Indígena
- 6. outra: \_\_\_\_\_
- 9. NS/NR

### A06. Até que ano da escola você completou?

- 01. nunca freqüentou, não sabe ler e escrever
- 02. nunca freqüentou, sabe ler e escrever
- 1\_\_\_. 1o grau (Primário ou Ensino Fundamental) (11-14)
- 1\_\_\_. 1o grau (Ginásio ou Ensino Fundamental) (15 –18)
- 2\_\_\_. 2o grau (Colegial ou Ensino Médio) (21-23)
- 25. cursos técnicos de nível médio incompletos
- 26. cursos técnicos de nível médio completos
- 30. curso superior incompleto
- 31. curso superior completo
- 32. pós graduação
- 99. NS/NR

### A07. Qual é o seu estado conjugal?

- 1. casado no civil
- 2. vive junto/amasiado
- 3. desquitado/separado/divorciado
- 4. viúvo
- 5. solteiro
- 9. NS/NR

### A08. Atualmente, você exerce alguma atividade de trabalho remunerada ou não?

- 1. sim, em atividade
  - 2. sim, mas afastado por motivo de doença
  - 3. sim, e também aposentado
  - 4. não, desempregado → **passo para A9**
  - 5. não, aposentado ou pensionista
  - 6. não, dona de casa
  - 7. não, só estudante
  - 8. outros
  - 9. NS/NR
- } **Passo para A9**
- } → **passo para B1**

### A09. O senhor foi aposentado por:

- 1. doença/invalidez      2. tempo de trabalho/idade

### A10. Qual é (era) a sua ocupação em seu trabalho principal? → **se aposentado, especificar qual era a sua ocupação anterior.**

9. NS/NR

## B - Características da família e do domicílio

### B01. Este domicílio em que você mora é próprio ou alugado?

1. próprio
2. alugado
3. outra condição: \_\_\_\_\_
9. NS/NR

### B02. Possui/possuía horta ou outro tipo de cultivo em casa:

#### a. Para consumo próprio?

1. não
2. sim Qual? \_\_\_\_\_
9. NS/NR

#### b. Para comercialização/venda?

1. não
2. sim Qual? \_\_\_\_\_
9. NS/NR

### B03. Cria/criava animais (galinha/ovo, porco):

#### a. Para consumo próprio?

1. não
2. sim Qual? \_\_\_\_\_
9. NS/NR

#### b. Para comercialização/venda?

1. não
2. sim Qual? \_\_\_\_\_
9. NS/NR

### B04. Qual a procedência da água utilizada para o consumo humano?

|                                      | não | sim | Ano início | Ano final | Uso* |
|--------------------------------------|-----|-----|------------|-----------|------|
| a. Poço escavado (cacimba)           | 1   | 2   |            |           |      |
| b. Poço tubular profundo (artesiano) | 1   | 2   |            |           |      |
| c. Nascente                          | 1   | 2   |            |           |      |
| d. Rede Pública                      | 1   | 2   |            |           |      |
| e. Água potável fornecida            | 1   | 2   |            |           |      |
| f. Outra: _____                      | 1   | 2   |            |           |      |

(\*) 1) Beber 2) Cozinhar 3) Tomar banho 4) Lavar roupas 5) Limpeza 6) Criação de animais 7) Irrigação de jardim 8) Irrigação de horta

### B05. Já fez ou faz uso domiciliar de:

|                             | não | sim |
|-----------------------------|-----|-----|
| a. Inseticidas              |     |     |
| b. Domissanitários*         | 1   | 2   |
| c. Agrotóxicos para jardins | 1   | 2   |
| d. Agrotóxicos para hortas  | 1   | 2   |
| e. Desinsetização           | 1   | 2   |
| f. Outros _____             | 1   | 2   |

(\*) 1) Desinfetantes, 2) desodorizantes, 3) detergentes, 4) esterilizantes, 5) fungicidas para piscinas, 6) inseticidas, 7) produtos usados em jardinagem amadora, 8) raticidas, 9) repelentes.

### B06. Há quanto tempo você mora nesse bairro?

\_\_\_\_|\_\_\_\_| anos

### B07. Há quanto tempo você reside nesta casa?

\_\_\_\_|\_\_\_\_| anos

### B08. Há quanto tempo a casa foi construída?

\_\_\_\_|\_\_\_\_| anos

### B09. Foram realizadas reformas nessa casa?

1. não
2. sim
9. NS/NR

#### a. Quando foram realizadas as reformas?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### b. Que tipo de reforma foi(ram) feita(s) na casa?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## C - Percepções relacionadas às atividades da área e à saúde

**C01. Você tem conhecimento sobre as atividades que eram desenvolvidas nessa área?**

**C02. Você fez ou conhece alguém que registrou alguma reclamação/denúncia em relação a essas atividades? Se sim, conte como foi.**

### **PASSADO: DISTRITO SUCAM**

**C03. Na época de funcionamento da Sucam, você:**

|   | Não | Sim | NS |
|---|-----|-----|----|
| a. Sentia cheiro forte                                    | 1   | 2   | 9  |
| b. Percebia formação/acúmulo de poeira maior que o normal | 1   | 2   | 9  |
| c. Percebia necessidade de limpeza constante da casa      | 1   | 2   | 9  |
| d. Outro:   | 1   | 2   | 9  |

**C04. Em relação à sua saúde, sente/sentia algum mal estar que poderia estar relacionado aos agrotóxicos utilizados pela Sucam?**

|   | Não | Sim | NS |
|---|-----|-----|----|
| a. Hipertensão (pressão alta)                       | 1   | 2   | 9  |
| b. Tumor / câncer:                                  | 1   | 2   | 9  |
| c. Dor de cabeça freqüente / enxaqueca              | 1   | 2   | 9  |
| d. Alergia  | 1   | 2   | 9  |
| e. Problemas de coordenação motora                  | 1   | 2   | 9  |
| f. Tontura / vertigem                               | 1   | 2   | 9  |
| g. Irritabilidade                                   | 1   | 2   | 9  |
| h. Insônia  | 1   | 2   | 9  |
| i. Problemas de estômago                            | 1   | 2   | 9  |
| j. Dores musculares, nas juntas e/ou nos ossos      | 1   | 2   | 9  |
| k. Formigamento e/ou fraqueza em pernas e/ou braços | 1   | 2   | 9  |
| l. Convulsões                                       | 1   | 2   | 9  |
| m. Tremor   | 1   | 2   | 9  |
| n. Problemas de concentração/memorização            | 1   | 2   | 9  |
| o. Outro:   | 1   | 2   | 9  |
| p. Outro:   | 1   | 2   | 9  |

**C05. Procurou algum serviço de saúde por causa dos problemas de saúde?**

1. não
2. sim Qual? \_\_\_\_\_
9. NS/NR

**C06. Teve acesso a algum material/resíduo que foi utilizado na Sucam, como tambores, embalagens, resíduos ou outros produtos/equipamentos?**

1. não
2. sim Qual? \_\_\_\_\_
9. NS/NR

**C07. Ingeriu frutas das árvores de dentro da área da Sucam?**

1. não
2. sim Qual? \_\_\_\_\_
9. NS/NR

**PASSADO: SMS****C08. Na época de funcionamento da Sucam, você:**

|   | Não | Sim | NS |
|---|-----|-----|----|
| a. Sentia cheiro forte                                    | 1   | 2   | 9  |
| b. Percebia formação/acúmulo de poeira maior que o normal | 1   | 2   | 9  |
| c. Percebia necessidade de limpeza constante da casa      | 1   | 2   | 9  |
| d. Outro:   | 1   | 2   | 9  |

**C09. Em relação à sua saúde, sente/sentia algum mal estar que poderia estar relacionado aos agrotóxicos utilizados pela Sucam?**

|   | Não | Sim | NS |
|---|-----|-----|----|
| a. Hipertensão (pressão alta)                       | 1   | 2   | 9  |
| b. Tumor / câncer:                                  | 1   | 2   | 9  |
| c. Dor de cabeça freqüente / enxaqueca              | 1   | 2   | 9  |
| d. Alergia  | 1   | 2   | 9  |
| e. Problemas de coordenação motora                  | 1   | 2   | 9  |
| f. Tontura / vertigem                               | 1   | 2   | 9  |
| g. Irritabilidade                                   | 1   | 2   | 9  |
| h. Insônia  | 1   | 2   | 9  |
| i. Problemas de estômago                            | 1   | 2   | 9  |
| j. Dores musculares, nas juntas e/ou nos ossos      | 1   | 2   | 9  |
| k. Formigamento e/ou fraqueza em pernas e/ou braços | 1   | 2   | 9  |
| l. Convulsões                                       | 1   | 2   | 9  |
| m. Tremor   | 1   | 2   | 9  |
| n. Problemas de concentração/memorização            | 1   | 2   | 9  |
| o. Outro:   | 1   | 2   | 9  |
| p. Outro:   | 1   | 2   | 9  |

**C10. Procurou algum serviço de saúde por causa dos problemas de saúde?**

1. não
2. sim Qual? \_\_\_\_\_
9. NS/NR

**C11. Teve acesso a algum material/resíduo que foi utilizado na Sucam, como tambores, embalagens, resíduos ou outros produtos/equipamentos?**

1. não
2. sim Qual? \_\_\_\_\_
9. NS/NR

**C12. Ingeriu frutas das árvores de dentro da área da Sucam?**

1. não
2. sim Qual? \_\_\_\_\_
9. NS/NR

**PRESENTE**

**C13. Atualmente, você ainda:**

|  | Não | Sim | NS |
|--|-----|-----|----|
| a. Sente cheiro forte                                    | 1   | 2   | 9  |
| b. Percebe formação/acúmulo de poeira maior que o normal | 1   | 2   | 9  |
| c. Percebe necessidade de limpeza constante da casa      | 1   | 2   | 9  |
| d. Outro:  | 1   | 2   | 9  |

**C14. Em relação à sua saúde, sente algum mal estar que poderia estar relacionado aos agrotóxicos utilizados pela Sucam?**

|   | Não | Sim | NS |
|---|-----|-----|----|
| a. Hipertensão (pressão alta)                       | 1   | 2   | 9  |
| b. Tumor / câncer:                                  | 1   | 2   | 9  |
| c. Dor de cabeça freqüente / enxaqueca              | 1   | 2   | 9  |
| d. Alergia  | 1   | 2   | 9  |
| e. Problemas de coordenação motora                  | 1   | 2   | 9  |
| f. Tontura / vertigem                               | 1   | 2   | 9  |
| g. Irritabilidade                                   | 1   | 2   | 9  |
| h. Insônia  | 1   | 2   | 9  |
| i. Problemas de estômago                            | 1   | 2   | 9  |
| j. Dores musculares, nas juntas e/ou nos ossos      | 1   | 2   | 9  |
| k. Formigamento e/ou fraqueza em pernas e/ou braços | 1   | 2   | 9  |
| l. Convulsões                                       | 1   | 2   | 9  |
| m. Tremor   | 1   | 2   | 9  |
| n. Problemas de concentração/memorização            | 1   | 2   | 9  |
| o. Outro:   | 1   | 2   | 9  |
| p. Outro:   | 1   | 2   | 9  |

**C15. É acompanhado por algum serviço de saúde por causa dos problemas de saúde?**

1. não
2. sim Qual? \_\_\_\_\_
9. NS/NR

**C16. Tem acesso a algum material/resíduo que foi utilizado na Sucam/SMS, como tambores, embalagens, resíduos ou outros produtos/equipamentos?**

1. não
2. sim Qual? \_\_\_\_\_
9. NS/NR

**C17. Ingere frutas das árvores de dentro da área da Sucam/SMS?**

1. não
2. sim Qual? \_\_\_\_\_
9. NS/NR

### **Preocupações, dúvidas e expectativas**

**C18. Você tem alguma preocupação, dúvida e/ou expectativa relacionada a esta área em que funcionou a Sucam e a SMS?**

**C19. Fale pelo menos 3 vantagens e 3 desvantagens em se morar nesse bairro - comunidade:**

**a. Vantagens:**

**b. Desvantagens:**