



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE
AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR (PPGAT)**

Maria Tereza Melo Aguiar

**PERFIL DA GESTANTE TRABALHADORA RURAL EM UM
MUNICÍPIO DE GRANDE PORTE NO INTERIOR DE MINAS GERAIS**

UBERLÂNDIA

2025

MARIA TEREZA MELO AGUIAR

**Perfil da Gestante Trabalhadora Rural em um Município de Grande Porte no
Interior de Minas Gerais**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Universidade Federal de Uberlândia, Instituto de Geografia (PPGSAT), como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador.

Linha de Pesquisa: Saúde do Trabalhador.

Orientador: Prof.^a Dra. Karine Rezende Oliveira

UBERLÂNDIA

2025

Ficha Catalográfica Online do Sistema de Bibliotecas da UFU
com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).

A282 2025	<p>Aguiar, Maria Tereza Melo, 1986- Perfil da gestante trabalhadora rural em um município de grande porte no interior de Minas Gerais [recurso eletrônico] / Maria Tereza Melo Aguiar. - 2025.</p> <p>Orientadora: Karine Rezende Oliveira. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia, Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Modo de acesso: Internet. Disponível em: http://doi.org/10.14393/ufu.di.2025.268 Inclui bibliografia. Inclui ilustrações.</p> <p>1. Geografia médica. I. Oliveira, Karine Rezende , 1978-, (Orient.). II. Universidade Federal de Uberlândia. Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. III. Título.</p> <p>CDU: 910.1:61</p>
--------------	--

Bibliotecários responsáveis pela estrutura de acordo com o AACR2:

Gizele Cristine Nunes do Couto - CRB6/2091
Nelson Marcos Ferreira - CRB6/3074

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA**

Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador

Av. João Naves de Ávila, 2121, Bloco 3E, Sala 128 - Bairro Santa Monica, Uberlândia-MG, CEP 38400-902
Telefone: 34-3239-4591 - ppgsat@igesc.ufu.br

**ATA DE DEFESA - PÓS-GRADUAÇÃO**

Programa de Pós-Graduação em:	Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador				
Defesa de:	Dissertação de Mestrado Profissional PPGSAT				
Data:	22/05/2025	Hora de início:	14h:04	Hora de encerramento:	15h:50
Matrícula do Discente:	12112GST020				
Nome do Discente:	Maria Tereza Melo Aguiar				
Título do Trabalho:	Perfil da gestante trabalhadora rural em um município de grande porte no interior de Minas Gerais				
Área de concentração:	Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador				
Linha de pesquisa:	Saúde do Trabalhador				
Projeto de Pesquisa de vinculação:					

Reuniu-se em web conferência, em conformidade com a PORTARIA Nº 36, DE 19 DE MARÇO DE 2020 da COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR - CAPES, pela Universidade Federal de Uberlândia, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, assim composta: Professores(as) Doutores(as):

Nome completo	Departamento/Faculdade de origem
Vanessa Cristina Bertussi	UNIPAC /Faculdade Presidente Antônio Carlos de Uberlândia
Marco Miguel de Oliveira	UEMG/Ituiutaba
Karine Rezende de Oliveira (Orientadora da candidata)	ICENP/UFU

Iniciando os trabalhos a presidente da mesa, Dra. Karine Rezende de Oliveira apresentou a Comissão Examinadora a candidata, agradeceu a presença do público e concedeu a Discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação da Discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa.

A seguir a senhora presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos examinadores, que passaram a arguir a candidata. Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando a candidata:

APROVADA

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre.

O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Karine Rezende De Oliveira, Professor(a) do Magistério Superior**, em 28/05/2025, às 10:29, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Vanessa Cristina Bertussi, Usuário Externo**, em 28/05/2025, às 10:41, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marco Miguel de Oliveira, Usuário Externo**, em 28/05/2025, às 11:36, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **6317575** e o código CRC **2A9D7C87**.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Dados Gestacionais de 54 participantes que residem em áreas rurais do município de Uberlândia durante o período 20 a 27/12/2021	19
Tabela 2: Classificação Gestacional de 54 participantes que residem em áreas rurais do município de Uberlândia durante o período 20 a 27/12/2021	19
Tabela 3: Dados gerais de 54 participantes que residem em áreas rurais do município de Uberlândia durante o período 20 a 27/12/2021	19
Tabela 4: Questionário Sociodemográfico das participantes que residem em áreas rurais do município de Uberlândia durante o período 20 a 27/12/2021	20

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ODS - Objetivo de Desenvolvimento Sustentável

ONU – Organização das Nações Unidas

COVID-19 - Coronavirus Disease 2019

IEPS - Instituto de Estudos para Políticas de Saúde

MS – Ministério da Saúde

PHPN - Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento

RAMI - Rede de Atenção Materno-Infantil

PNSST - Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador

SUS - Sistema Único de Saúde

PNSIPCFA - Política Nacional de Saúde Integral da População do Campo, da Floresta e das Águas

ESF - Estratégia Saúde da Família

VAN - Vigilância Alimentar e Nutricional

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

MG – Minas Gerais

RESUMO

Objetivo: Apresentar o perfil da gestante trabalhadora rural, bem como os desafios e dificuldades encontradas por elas, levando em conta as peculiaridades desta população. **Material e Métodos:** Pesquisa exploratória na área de saúde do Trabalhador de abordagem qualitativa e quantitativa. Foram convidadas a participarem do estudo gestantes maiores de 18 anos, trabalhadoras e residentes em regiões rurais na microrregião do município de Uberlândia. **Resultados:** Participaram da pesquisa 54 mulheres, com idade variando entre 18 anos e 43 anos. Um total de 22(56%) das participantes não tiveram gravidez planejada, enquanto que 41(80%) das mulheres não participaram de grupo operativo durante a gestação. **Conclusão:** Embora as gestantes tenham acesso às informações e serviços das Unidades de Atendimento durante o período gravídico e que políticas públicas que norteiam assistência serem desenvolvidas desde os primórdios pelos serviços públicos de saúde, não se observou a integralidade da atenção à saúde a estas mulheres.

Palavras- chave: Gestante; Trabalhadores Rurais; Saúde da Trabalhadora

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO	10
2- REFERENCIAL TEÓRICO	14
3- HIPÓTESE	16
4. OBJETIVOS	16
4.1. Objetivo Geral	17
4.2. Objetivos Específicos	17
5- METODOLOGIA	17
5.1. Desenho do Estudo	17
5.2. Participantes	18
5.3. Coleta de Dados e aplicação dos instrumentos de pesquisa	18
5.4. Análises dos dados e estatísticas	19
5.5. Critérios de Inclusão e Exclusão	20
6- RESULTADOS	20
7- DISCUSSÃO	25
8- CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
REFERÊNCIAS	28
ANEXOS	
- Anexo 1: Questionário Sociodemográfico	
- Anexo 2: Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)	

1- INTRODUÇÃO

As ações de saúde voltadas à qualificação da atenção à mulher e à criança têm se constituído como prioridade no desenvolvimento de políticas públicas. A partir do ano 2000, ao reconhecer as desigualdades sociais como fatores determinantes, condicionantes e multidimensionais que afetam a condição de saúde dos indivíduos, diversos países direcionaram esforços significativos para a melhoria da saúde materna e infantil. Nesse contexto, destaca-se a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, especialmente o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) nº 3, que visa assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades.

O ODS 3 propõe, entre suas metas, a redução da mortalidade materna global e o fim das mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de cinco anos, por meio de intervenções eficazes e acesso equitativo aos serviços de saúde. Tais objetivos reforçam a necessidade de políticas públicas integradas, com foco na equidade, na promoção da saúde e na ampliação do acesso a serviços de qualidade. Assim, garantir a saúde e o bem-estar da mulher e da criança representa um compromisso não apenas nacional, mas global, fundamentado na justiça social e no respeito aos direitos humanos (ONU, 2020).

Estudos apontam que, apesar dos avanços, ainda existem desigualdades regionais e socioeconômicas que influenciam os indicadores de saúde materno-infantil no país. A taxa de mortalidade materna no Brasil apresentou um aumento significativo durante a pandemia de COVID-19, passando de 57,9 mortes por 100 mil nascidos vivos em 2019 para 100,9 em 2021, evidenciando a necessidade de fortalecer as políticas de saúde voltadas para mulheres e crianças (IEPS, 2023).

Assim, diferentes instâncias de governo e da sociedade civil têm se mobilizado para pensar e implementar ações por meio de políticas públicas e programas, com o objetivo de qualificar as ações relacionadas à atenção da gestante.

O Ministério da Saúde (MS) apresentou na Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), com o

intuito de sistematizar, intensificar e nortear este atendimento (Brasil, 2000). Este programa trouxe consigo um novo modelo assistencial, com garantias as gestantes, tais como: mínimo 7 consultas de pré-natal, sendo que a primeira deve ser realizada dentro dos primeiros 120 dias gestacionais; acesso a exames laboratoriais, acesso atividades educativas, classificação do risco gestacional com garantia de acesso a serviços especializados de acordo com o risco encontrado, além de consulta puerperal nos primeiros 42 dias após parto (Brasil, 2000).

A proposta no PHPN, resultou anos depois em uma estratégia robusta de política pública de saúde de atenção à mulher chamada Rede Cegonha (Brasil, 2011).

A Rede Cegonha foi instituída pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, com o objetivo de implementar uma rede de cuidados que assegurasse às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada durante a gravidez, parto e puerpério, bem como garantir às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (Brasil, 2011).

Esta política estava organizada em quatro componentes principais — Pré-natal; Parto e Nascimento; Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; e Sistema Logístico (Transporte Sanitário e Regulação) — a Rede Cegonha visava estruturar e integrar os serviços de saúde para oferecer atendimento de qualidade às gestantes e crianças até 24 meses de idade (Brasil, 2011).

Posteriormente, em abril de 2022, o Ministério da Saúde anunciou a substituição da Rede Cegonha pela Rede de Atenção Materno-Infantil (RAMI) por meio da Portaria nº 715/2022. Essa mudança gerou críticas de especialistas e entidades de saúde, que apontaram a falta de discussão prévia e o risco potencial à saúde pública decorrente da descontinuação abrupta de uma política considerada eficaz. Além disso, houve preocupações sobre a ênfase excessiva na atuação do médico obstetra na RAMI, em detrimento de outros profissionais de saúde, como enfermeiros obstetras, o que poderia comprometer a integralidade do cuidado (Brasil, 2022).

Em setembro de 2024, o Governo Federal lançou a Rede Alyne, uma reestruturação da antiga Rede Cegonha, com o objetivo de promover o cuidado

integral às gestantes, puérperas e bebês, visando reduzir a mortalidade materna em 25% até 2027 . A Rede Alyne recebeu esse nome em homenagem a Alyne Pimentel, uma jovem negra que faleceu em 2002 devido à desassistência durante a gestação (Brasil, 2024).

Esta nova política, está organizada em seis componentes fundamentais:

- 1- Pré-natal
- 2- Parto e Nascimento
- 3- Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança
- 4- Sistema Logístico
- 5- Sistema de Apoio
- 6- Sistema de Governança

Esses componentes visam ampliar o acesso a serviços de saúde integrados e humanizados para gestantes, puérperas e crianças em todo o Brasil, promovendo maior equidade e justiça social (Brasil, 2024).

Dados epidemiológicos, disponíveis no Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna, demonstram que o Brasil tem enfrentado desafios significativos relacionados à mortalidade materna, pois nos anos de 2022 e 2023, foram registrados 66.381 e 69.154 óbitos maternos, respectivamente. Até agosto de 2024, mais de 43 mil mortes maternas já haviam sido contabilizadas, o que representa uma média de 5.400 óbitos por mês (Brasil, 2024). Esses números evidenciam a necessidade de políticas públicas eficazes, como a Rede Alyne, para enfrentar e reduzir a mortalidade materna no país.

Concernente as políticas públicas de atenção a saúde do(a) trabalhador(a) rural, o Brasil conta com duas políticas, sendo elas o Decreto 7.602, de 07 de novembro de 2011, intitulada Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST), com envolvimento do Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e o Ministério da Previdência Social (BRASIL, 2011) e a Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012 – Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, vinculado ao Ministério da Saúde e ao Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2012).

Tem-se também publicado, a Portaria nº 2.311, de 23 de outubro de 2014, intitulada Política Nacional de Saúde Integral da População do Campo, da Floresta e

das Águas (PNSIPCFA), com diretrizes transversais, voltadas às Políticas de Saúde do(a) Trabalhador(a) (Brasil, 2014).

Em 2022, o Ministério da Saúde publicou o Guia de Diretrizes para atenção integral à saúde das populações do campo, floresta e águas (CFA) e para atenção integral à saúde de povos e comunidades tradicionais (PCTs), com enfoque na garantia do acesso dessas populações a serviços de saúde de qualidade, neste sentido, o guia enfatiza a atuação da Atenção Primária e da gestão na promoção da equidade e a humanização no atendimento, resolutividade dos serviços, combate a violência e a discriminação nos serviços de saúde, valorização dos saberes e práticas tradicionais de saúde, respeitando as especificidades culturais dessas comunidades (Brasil, 2022).

Um estudo desenvolvido com 346 trabalhadoras rurais em idade reprodutiva, com idade variando de 18 a 47 anos, demonstrou que a autonomia reprodutiva total das mulheres rurais é influenciada por características sociodemográficas, pelas variáveis estado conjugal (casada ou com companheiro), grau de instrução e cor/raça (branca) (Dias et al., 2021).

Dentro desse contexto, é crucial discutir a valorização do trabalho das mulheres que desempenham diversas funções no meio rural, muitas vezes invisibilizadas e desvalorizadas. Estudos recentes indicam que as mulheres rurais enfrentam uma sobrecarga de trabalho, acumulando atividades produtivas e domésticas, o que resulta em desgaste físico e limitações no acesso a espaços de convivência social. Além disso, a gestão de estabelecimentos familiares por mulheres é frequentemente subestimada, apesar de sua significativa contribuição para a sustentabilidade e economia das famílias agrícolas (Ibarra et al., 2023; Herrera et al., 2024).

A gestação é um período de transição no ciclo vital feminino, caracterizado por transformações biológicas, psicológicas e sociais que influenciam a dinâmica psíquica individual e as relações sociais da mulher. A forma como a gestante vivencia essas mudanças impacta intensamente a constituição da maternidade e a relação mãe-bebê. Além disso, fatores como violência psicológica e falta de planejamento da gravidez estão associados ao aumento de sintomas depressivos durante a gestação, afetando o bem-estar materno e familiar (Grilo et al., 2024).

2. REFERENCIAL TEÓRICO

A gestante trabalhadora rural no Brasil enfrenta desafios singulares que impactam sua saúde e bem-estar durante o período gestacional. Esses desafios estão intrinsecamente ligados a fatores socioeconômicos, culturais e geográficos que caracterizam o meio rural brasileiro.

As trabalhadoras rurais gestantes no Brasil, em sua maioria, apresentam características sociodemográficas que incluem baixa escolaridade, renda familiar limitada e acesso restrito a serviços de saúde de qualidade; tais fatores contribuem para elevadas taxas de morbimortalidade materna e infantil (Dias; Domingues; Pereira, 2010).

Estudos indicam que a prevalência de sífilis em gestantes no estado do Tocantins, por exemplo, foi de 28,2% entre 2018 e 2022, enquanto a incidência de sífilis congênita alcançou 12,2% no mesmo período (Teixeira Neto; Santana, 2024), cujo resultados evidenciam a vulnerabilidade dessa população e a necessidade de intervenções específicas para melhorar os desfechos de saúde materno-infantil.

Para analisar a complexidade que envolve a situação da trabalhadora rural gestante no que tange ao acesso e adesão ao pré-natal, bem como os desafios encontrados, é imprescindível compreender o modelo social em que vivemos e o papel da mulher nesse contexto. As desigualdades sociais e geográficas influenciam diretamente a qualidade da assistência pré-natal oferecida às gestantes, especialmente aquelas em áreas rurais (Esposti et al., 2020).

Estudos apontam que, apesar da alta cobertura de consultas pré-natais no Brasil, a adequação do cuidado ainda é insatisfatória, refletindo disparidades significativas no acesso aos serviços de saúde. Fatores como baixa escolaridade, renda familiar reduzida e localização geográfica desfavorável estão associados a uma menor qualidade no acompanhamento pré-natal (Esposti et al., 2020).

Além disso, a posição social da mulher e as representações culturais acerca da gestação influenciam a percepção e o comportamento das gestantes em relação ao pré-natal. Mulheres em situação de vulnerabilidade social podem enfrentar

barreiras adicionais, como falta de suporte familiar e dificuldades de transporte, que dificultam a adesão ao acompanhamento pré-natal (Pereira et al., 2023).

Portanto, para melhorar o acesso e a qualidade do pré-natal entre trabalhadoras rurais gestantes, é fundamental considerar as desigualdades sociais e geográficas, bem como as construções socioculturais que moldam o papel da mulher na sociedade. Políticas públicas devem ser direcionadas para reduzir essas disparidades e promover uma assistência pré-natal equitativa e de qualidade (Garcia et al., 2019).

Mulheres residentes em áreas rurais frequentemente deparam-se com barreiras significativas no acesso aos serviços de saúde, incluindo dificuldades geográficas e econômicas. Essas barreiras podem resultar em menor frequência de consultas pré-natais e, conseqüentemente, em desfechos obstétricos menos favoráveis. A revisão integrativa realizada por Paula et al. (2022) destaca que a desigualdade de gênero e a violência doméstica são fatores prevalentes que afetam negativamente a saúde sexual e reprodutiva dessas mulheres.

A qualidade do atendimento pré-natal na Estratégia Saúde da Família (ESF) é variável, conforme observado pelo estudo conduzido por Rios et al. (2023) que avaliou a qualidade da atenção pré-natal em município de referência macrorregional do Nordeste brasileiro, identificando que 69,9% das equipes de saúde atendiam satisfatoriamente aos padrões de qualidade, enquanto 31,0% atendiam regularmente, bem como, apresentou que as principais dificuldades estavam relacionadas aos processos de trabalho gerenciais e à estrutura assistencial (Rios et al., 2023).

As desigualdades raciais e étnicas na assistência à saúde são comumente evidenciadas quando se analisa a atenção às mulheres negras e indígenas, que enfrentam desigualdades significativas no acesso e na qualidade da assistência pré-natal, pois estes grupos de mulheres apresentam maior índice de violência obstétrica e mortalidade materna, refletindo desigualdades no acesso e na utilização dos serviços de saúde (Barbosa et al., 2024). Além disso, gestantes indígenas têm percentuais mais baixos de realização das ações do pré-natal quando comparadas com gestantes não indígenas, evidenciando a necessidade de políticas públicas que promovam a equidade no atendimento (Rios et al., 2023; Silva et al., 2019).

A alimentação adequada durante a gestação é crucial para o desenvolvimento saudável do feto e para a saúde materna, pois as gestantes que apresentam consumo inadequado de macronutrientes e micronutrientes, com ingestão elevada de alimentos ultraprocessados e consumo insuficiente de alimentos *in natura* ou minimamente processados, podem ser acometidas com complicações gestacionais e desfechos adversos (Oliveira et al., 2023).

Entretanto, a Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) enfrenta desafios significativos na Atenção Primária à Saúde, especialmente em áreas rurais, o que pode ser evidenciado pela baixa cobertura no registro de dados nutricionais, dificultando a implementação de estratégias eficazes de intervenção junto as populações rurais (FIOCRUZ, 2024).

Dessa forma, a análise da realidade vivida pelas trabalhadoras rurais gestantes demanda um olhar sensível e crítico, que vá além dos dados quantitativos de cobertura pré-natal e período gestacional, devendo abordar as questões sociais, econômicas e culturais que envolvem a assistência integral a saúde da mulher no durante a gravidez e parto.

É imprescindível reconhecer que a assistência à saúde da mulher no campo não pode ser desvinculada das desigualdades estruturais que permeiam seu cotidiano, como a precarização do trabalho, a invisibilidade social e a limitação de políticas públicas específicas para o meio rural.

3. HIPÓTESE

Diante das evidências da importância das ações e acompanhamento que envolve o pré-natal, é importante assegurar o bem-estar materno/infantil e, com isso, a diminuição da mortalidade de ambos conhecendo e melhorando as condições de acesso, as dificuldades de adesão e os desafios, encontrados pelas gestantes trabalhadoras rurais, durante o acompanhamento de pré-natal.

4- OBJETIVOS

4.1. Objetivo geral

Apresentar o perfil da gestante trabalhadora rural, bem como os desafios e dificuldades encontradas por elas, levando em conta as peculiaridades desta população.

4.2. Objetivos específicos

- Conhecer como ocorre o acompanhamento pré-natal das gestantes trabalhadoras rurais em suas localidades;
- Compreender se as questões geográficas, socioeconômicas e de trabalho desenvolvidas no meio rural interferem no bem-estar e na realização do pré-natal.
- Apresentar o perfil sociodemográfico e epidemiológico das gestante trabalhadoras rurais.

5- METODOLOGIA

5.1. Desenho do estudo

Esta pesquisa tem caráter exploratório, descritivo, não experimental, método quanti-qualitativo.

A pesquisa exploratória pretende analisar intensamente determinado fato, bem como desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias sobre situações diversas. É caracterizada pelo estudo profundo e exaustivo, tendo em vista a formulação de problemas que permitem um amplo e detalhado conhecimento, possibilitando a proposição de melhorias para o serviço pesquisado (Gil, 2019).

De acordo com Patias e Von Hohendorff (2019), na pesquisa qualitativa, a realidade é múltipla e subjetiva, sendo que as experiências dos participantes e suas percepções são aspectos úteis e importante para a pesquisa. A realidade é construída em conjunto entre pesquisador(a) e participante, por meio das experiências individuais de cada sujeito (Patias; Von Hohendorff, 2019).

Segundo Minayo (2017) a pesquisa qualitativa tem como foco o reconhecimento da subjetividade, do simbólico e da intersubjetividade nas relações, propondo uma análise da interação entre o sujeito e objeto, entre os atores sociais e investigadores, fatos e significados, estrutura e representações.

A pesquisa de natureza quantitativa utiliza números para exprimir opiniões e informações sobre determinado fenômeno, sendo necessário o uso de recursos e técnicas estatísticas. É uma abordagem empregada também em pesquisas descritivas, principalmente quando buscam a relação entre causa-efeito entre os fenômenos (Prodanov; Freitas, 2013).

5.2. Participantes

Foram convidadas a participar do estudo gestantes maiores de 18 anos, residentes em regiões rurais na microrregião do município de Uberlândia, composto pelos municípios: Tapuirama, Martinésia, Cruzeiro dos Peixotos, Rio Das Pedras, Tangará, Miraporanga e Morada Nova.

As gestantes fazem o acompanhamento pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde da Família, pertencentes aos cinco distritos rurais do município. De acordo com a sondagem inicial nas unidades de atendimento, cerca de 39 gestantes são atendidas nos diferentes distritos rurais do município de Uberlândia. Portanto, a amostragem foi não probabilística, por julgamento ou conveniência, adotando-se amostragem por saturação teórica.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) (CAAE nº 46646821.8.0000.5152 – Parecer nº 5.257.334).

5.3. Coleta de Dados e aplicação dos instrumentos de pesquisa

A coleta de dados foi realizada no período de 20 a 27/12/2021.

As gestantes foram abordadas durante a espera da consulta pré-natal ou durante reuniões periódicas que possivelmente possam ocorrer nas Unidades Básicas. As gestantes foram convidadas a participarem do projeto, e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

As participantes tiveram o tempo necessário para decidir se queriam participar ou não da pesquisa e apenas após o aceite a equipe foram aplicados os instrumentos (questionário e o roteiro de entrevista).

Inicialmente foi aplicado o questionário semi estruturado com as perguntas relacionadas ao perfil socioeconômico/sanitário e laboral das gestantes. Além dessas perguntas, foram questionadas a frequência de acompanhamento do pré

natal, se possui filhos, quantidade e se residem com a participante do estudo. O questionário foi aplicado durante a espera pelo atendimento, com duração máxima de 5 minutos.

Após a aplicação deste questionário foi realizada uma rápida entrevista, gravada com as seguintes perguntas: Caso tenha um emprego formal, houve apoio do empregador durante o pré natal? O fato de residir na zona rural gerou algum tipo de preocupação durante o pré natal? Durante o pré natal você realizou os exames laboratoriais? Se não, por qual motivo? Durante o pré natal você realizou os exames de ultrassonografia? Se não, por qual motivo? A sua experiência com o atendimento da unidade de saúde foi da maneira que você idealizava?

Essa etapa durou no máximo 10 minutos. Ressalta-se que no processo de abordagem inicial, os participantes do estudo foram informados sobre os objetivos da pesquisa, além de terem garantida a preservação de sua identidade e voz. As gestantes que concordaram em participar da pesquisa, assinaram o TCLE e o termo do uso de voz.

Após a etapa de aplicação dos instrumentos (questionários e entrevista) foi realizada a consulta dos prontuários eletrônicos na Unidade Básica para obtenção de dados quantitativos para avaliação dos parâmetros de pré-natal registrados.

A pesquisa documental, por meio da análise de prontuários, tem como principal característica a utilização de fonte de coleta de dados baseado em documentos, escritos ou não, fonte primária ou secundárias, contemporâneas ou retrospectivas, os quais podem ter sido feitas no momento em que o fato ou fenômeno ocorre, ou depois (Marconi; Lakatos, 2017).

As Unidades Básicas de Saúde participantes da pesquisa possuem setor de arquivo próprio com os prontuários fixos arquivados em armários e também possui prontuário eletrônico arquivados em computadores, sendo possível acesso para análise e obtenção de dados.

5.4. Análises dos dados e estatísticas

Para análise dos dados qualitativos foi utilizada técnica de análise temática de conteúdo (Bardin, 2016), por meio de 3 etapas distintas, são elas: (a) Pré

Análise, (b) Exploração do Material, (c) Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação.

Os dados quantitativos foram tabulados por meio do Programa Microsoft Excel e analisados utilizando Teste de Qui quadrado para avaliar as associações entre as variáveis. O programa estatístico utilizado foi o programa Graphpad Prism.

5.5. Critérios de Inclusão e Exclusão

Os critérios de inclusão foram:

- Trabalhadoras rurais gestantes com idade mínima de 18 anos.
- Desempenhavam atividades formais e/ou informais na zona rural.
- Estavam em qualquer trimestre da gestação no período da coleta de dados em acompanhamento pré-natal na Unidade de Saúde dos distritos rurais do município de Uberlândia, MG.
- Concordaram em participar da pesquisa por meio da assinatura do TCLE.

Definiu-se a idade mínima de 18 anos para participação na pesquisa em consideração aos amparos legais de participação em pesquisa para maiores de idade e as consolidações das leis trabalhistas, por se tratar de um grupo de trabalhadoras.

Foram excluídas da pesquisa:

- Trabalhadoras rurais gestantes formais e/ou informais que estavam residindo na área urbana.
- Gestantes que não estavam realizando o acompanhamento de pré-natal na Unidade de Saúde dos distritos rurais do município de Uberlândia, MG.
- Gestantes que se recusaram a assinar o TCLE.

6- RESULTADOS

Este estudo foi realizado com trabalhadoras residentes em regiões rurais na microrregião do município de Uberlândia, que fazem o acompanhamento pré-natal

nas Unidades Básicas de Saúde da Família, pertencentes aos cinco distritos rurais.

Durante a participação das gestantes foi aplicado dois instrumentos de coleta de dados, sendo um questionário sociodemográfico e o outro contendo dados gerais referente a gestação das participantes.

Participaram da pesquisa 54 mulheres, com idade variando entre 18 anos e 43 anos. Abaixo estão apresentados os resultados obtidos após análise dos dados dos questionários aplicados às participantes da pesquisa e da consulta aos prontuários (Tabela 1 e 2).

Tabela 1: Dados Gestacionais de 54 participantes que residem em áreas rurais do município de Uberlândia durante o período 20 a 27/12/2021.

VARIÁVEIS	SIM N(%)	NÃO N(%)	TOTAL N(%)
Gravidez planejada	17(44)	22(56)	39(100)
Participou de grupo operativo	10(20)	41(80)	51(100)
Teve consulta odontológica	44(83)	09(17)	53(100)
Possui vacinação em atraso	0	0	

Fonte: As autoras, 2024

Tabela 2: Classificação Gestacional de 54 participantes que residem em áreas rurais do município de Uberlândia durante o período 20 a 27/12/2021.

CLASSIFICAÇÃO DA GESTAÇÃO ATUAL	N	%
Baixo Risco	13	24
Médio Risco	28	52
Alto Risco	13	24
TOTAL	54	100

Fonte: As autoras, 2024

Observa-se na Tabela 1 que 22(56%) das participantes não tiveram gravidez planejada, enquanto 41(80%) das mulheres não participaram de grupo

operativo durante a gestação e das 53 participantes que responderam a pergunta, 44(83%) tiveram consulta odontológica no período gestacional.

Conforme apresentado na Tabela 2, em relação a classificação da gestação atual, a maioria, 28(52%) das participantes apresentaram médio risco gestacional.

Tabela 3: Dados gerais de 54 participantes que residem em áreas rurais do município de Uberlândia durante o período 20 a 27/12/2021.

ITENS	N	Média(dp)	Mínimo	Máximo
Idade	54	25,9(6,2)	18	43
Idade Gestacional na abertura do Pré-Natal	54	9,5(4,3)	4	28
Número de Consultas de Pré-Natal	54	5,8(3,9)	1	15
Idade Gestacional atual	54	24,8(10,2)	5	40
Quantas pessoas residem com você?	26	3,04(1,68)	1,	8
Quantos filhos tem?	26	0,96(1,00)	0	3

Fonte: As autoras, 2024

Com relação a idade das participantes (Tabela 3), considera-se um grupo jovem, com idade média de 25,9(6,2), sendo a menor idade 18 anos e a mais velha com idade de 43 anos. A idade gestacional na abertura do pré-natal foi em média de 9,5(4,3) semanas, sendo o mínimo com 04 semanas e o máximo com 28 semanas e a idade gestacional atual, no momento da aplicação dos questionários, foi de 24,8(10,2) semanas, sendo o mínimo de 05 semanas e máximo 40 semanas, por fim, o número de consultas de pré-natal do grupo de participantes desta pesquisa foi de 5,8(3,9) consultas, com o mínimo de 01 consulta e máximo de 15 consulta.

Conforme demonstrado na tabela acima, verifica-se que o número médio de pessoas que residem na mesma residência é de 3,04(1,68) pessoas, com lar composto de 08 pessoas morando na mesma casa. Quanto à quantidade de filhos, o máximo entre as participantes foi de três filhos(as).

Na Tabela 4, a seguir, é apresentado o questionário sociodemográfico das participantes da pesquisa.

Tabela 4: Questionário Sociodemográfico das participantes que residem em áreas rurais do município de Uberlândia durante o período 20 a 27/12/2021.

QUESTÕES	N	%
A quanto tempo reside na Zona Rural?		
Menos de um ano	11	42%
De 1 a 3 anos	3	12%
Mais de 3 anos	8	31%
Resido na área rural desde que nasci	4	15%
Qual a sua profissão?		
Auxiliar Serviços Gerais	1	5%
Caseira	1	5%
Cozinheira	1	5%
Do lar	8	38%
Doméstica	1	5%
Dona de Casa	1	5%
Esteticista	1	5%
Lavradora	7	33%
Possui Trabalho Formal? (Carteira de Trabalho, Vínculo CLT)		
Sim	6	23%
Não	20	77%
Caso não possua, realiza algum outro trabalho remunerado?		
Sim	10	59%
Não	7	41%
Qual sua Renda Pessoal?		
Até meio salário mínimo	8	38%
Até 1 salário mínimo	13	62%
Qual a renda total familiar?		

Até 1 salário mínimo	7	27%
Até 2 salários mínimos	16	62%
Maior que 2 salários mínimos	3	12%

Qual seu estado civil?

Solteira	4	15%
Casada	8	31%
Termo de União Estável	5	19%
Reside junto com Companheiro(a)	9	35%

Antes da gravidez realizava acompanhamento regulares na Unidade de Saúde

Sim	15	58%
Não	11	42%

Possui filhos?

Sim	18	69%
Não	8	31%

Fonte: As autoras, 2024

Ao avaliar as características sociodemográficas observa-se na Tabela 4, que 11(42%) das participantes residem a menos de um ano na zona rural. Referente à profissão, oito(38%) declaram ser profissionais do lar, seguidos de sete(33%) com profissão de Lavradora. A maioria das participantes, 20(77%) informaram que não possuem trabalho formal, com carteira de trabalho e vínculo CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas, e destas, dez(59%) afirmaram realizar algum outro trabalho remunerado.

Concernente à renda pessoal, 13(62%) recebem até um salário mínimo, sendo essa a renda total familiar, 16(62%) das famílias tem renda de até dois salários mínimos.

Em relação ao estado civil, nove(35%) residem junto com companheiro e oito(31%) são casadas.

Questionadas se antes da gravidez realizavam acompanhamento regulares nas unidades de saúde, 15(58%) das participantes responderam que sim.

7- DISCUSSÃO

De acordo com Falavina, Lentsck e Mathias (2019) a realização do pré-natal não é meramente acompanhamento do período gestacional, mas trata-se do momento propício para rastreio de diversos fatores que podem afetar a saúde de mãe e feto, tais como sífilis, HIV e hepatite B, prevalente nessas mulheres e que muitas descobrem somente durante o acompanhamento de pré-natal.

Uma pesquisa realizada com gestantes residentes na zona rural do estado da Bahia-Brasil, demonstrou que 25(42%) gestantes são trabalhadoras rurais, seis(10%) apenas estudam e não exercem atividade remunerada, 28(46%) mantêm um relacionamento estável com o pai da criança, morando junto com seu companheiro e concernente a escolaridade, 32(53%) dessas mulheres não concluíram o ensino médio (Oliveira; Campelo, 2021).

Atribui-se este dado a outro achado supracitado, onde 58% das gestantes já frequentavam a unidade de saúde antes da gestação, logo tinham as orientações necessárias de como proceder para marcação de consultas, acesso a exames, sabendo buscar auxílio no primeiro sinal e sintoma de gravidez.

A gravidez planejada é aquela que ocorre quando uma mulher ou casal decide conscientemente conceber um filho no momento desejado, após considerar fatores como estabilidade emocional, financeira e social. Esse tipo de gravidez permite um preparo pré-concepcional adequado, incluindo cuidados de saúde e planejamento familiar (Medeiros et al., 2019).

Por outro lado, a gravidez não planejada, também chamada de não intencional, refere-se à gestação que ocorre sem que a mulher ou o casal a tenha desejado naquele momento ou em qualquer momento futuro (Wichmann, 2019). Essa categoria abrange tanto as gestações indesejadas, quando não se deseja ter filhos, quanto as inoportunas, quando a gravidez ocorre antes do momento considerado adequado.

Verifica-se que a prevalência de gestações não planejadas é principalmente elevada em mulheres em situações de vulnerabilidade, especialmente aquelas

expostas a fatores de risco que aumentam as chances de desfechos adversos na gestação e parto (Lelis; Prietsch; Cesar, 2024).

A distinção entre gravidez planejada e não planejada é crucial para o desenvolvimento de políticas públicas eficazes em saúde reprodutiva, visando oferecer suporte adequado às mulheres e casais, além de promover o acesso a métodos contraceptivos e educação sexual, contribuindo para a redução de gestações não intencionais e seus possíveis impactos negativos.

Os grupos operativos em saúde são estratégias educativas coletivas fundamentadas na abordagem psicossocial, centradas na construção conjunta de conhecimento entre profissionais e usuários. No contexto da assistência pré-natal, os grupos operativos se configuram como uma ferramenta de cuidado que potencializa a educação em saúde, o acolhimento, o fortalecimento de vínculos e a corresponsabilização no processo gestacional (SILVA et al., 2020).

A finalidade dos grupos operativos nas consultas de pré-natal é ampliar o cuidado para além do exame clínico, promovendo espaços de escuta, troca de experiências, construção de saberes e protagonismo da gestante no cuidado com sua saúde e a do bebê. Tais encontros favorecem a adesão ao pré-natal, reduzem inseguranças e contribuem para a detecção precoce de situações de risco (BRASIL, 2024).

A estrutura dos grupos pode variar conforme o serviço de saúde, mas geralmente envolve encontros quinzenais ou mensais, mediados por equipe multidisciplinar — enfermeiros, médicos, psicólogos e assistentes sociais. Os temas abordados incluem mudanças fisiológicas da gestação, alimentação saudável, sinais de alerta, plano de parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido.

O desenvolvimento dos grupos deve seguir princípios da metodologia ativa, favorecendo o diálogo horizontal, a reflexão crítica e a participação ativa das gestantes. É fundamental respeitar as diretrizes da Política Nacional de Humanização e da Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI), incorporando práticas baseadas na integralidade do cuidado (BRASIL, 2011).

A classificação de risco gestacional é uma estratégia adotada no pré-natal para estratificar a complexidade dos casos e orientar o encaminhamento da

gestante para o nível de atenção mais adequado. Esta prática visa garantir maior efetividade no cuidado, segurança clínica e redução da morbimortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2012).

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (Brasil, 2014), durante o manejo do risco gestacional, deve-se adotar a classificação com três níveis de risco ao longo da gestação: baixo, alto e risco.

- Baixo risco: gestantes saudáveis, sem comorbidades ou fatores obstétricos de risco. Estas podem ser acompanhadas integralmente na Atenção Primária à Saúde.

- Médio risco: inclui gestantes com condições que requerem maior vigilância, como idade menor que 15 ou maior que 35 anos, obesidade, antecedentes obstétricos relevantes (ex: cesáreas repetidas) e doenças controladas.

- Alto risco: envolve situações clínicas ou obstétricas graves, como hipertensão arterial grave, diabetes mellitus, gemelaridade com complicações, cardiopatias e outras intercorrências que exigem acompanhamento especializado em serviços de média e alta complexidade (Brasil, 2014).

A classificação é definida a partir da anamnese, exame físico, histórico gestacional e resultados de exames laboratoriais, utilizando-se protocolos definidos pelo Ministério da Saúde e diretrizes da Rede Cegonha e da Rede Alyne (BRASIL, 2024).

Essa sistematização permite a organização das redes de atenção à saúde materna e infantil, articulando os serviços de forma hierarquizada e garantindo o acesso oportuno a cuidados resolutivos.

Faz necessário pensar em estratégias que vão além da saúde e culminam com o desenvolvimento social e educacional. Questionamentos básicos, de respostas complexas: A) Como garantir transporte para que a gestante vá não apenas a consulta médica mas também no grupo operativo, visto a importância desse momento de troca? B) Como garantir acesso a renda básica, emprego formal, para que tenha acesso a direitos básicos durante a gestação e pós parto? C) Como desenvolver um planejamento reprodutivo através de educação sexual e oferta eficaz de métodos contraceptivos, visto que muitas relatam gravidez

indesejada? D) Como promover educação em saúde, conscientizando da importância do acompanhamento de pré-natal, pós parto e puericultura a fim de diminuir absenteísmo e logo mortes evitáveis, por meio de uma aprendizagem significativa que de fato resulte em mudanças comportamentais e quebras de crenças pré existentes?

Em resposta a estes questionamentos, pode-se ponderar que em relação ao acesso Integral e Cuidado Humanizado à Gestante: Transporte, Renda, Planejamento Reprodutivo e Educação em Saúde, o cuidado integral à gestante envolve não apenas o atendimento clínico, mas também a garantia de condições sociais que permitam sua permanência no cuidado e o exercício pleno de seus direitos reprodutivos e sociais. Para isso, são necessárias ações intersetoriais que promovam equidade, cidadania e saúde de forma integrada e contínua.

Concernente a Garantia de Transporte para Consultas e Grupos Operativos, verifica-se que o acesso ao transporte é um dos principais determinantes do comparecimento da gestante às consultas de pré-natal e aos grupos operativos, espaços de troca fundamentais para o empoderamento e educação em saúde. Segundo Andrade et al. (2020), a falta de transporte é uma barreira significativa à adesão ao pré-natal, especialmente em áreas rurais e periferias urbanas. Políticas públicas como o financiamento municipal de transporte sanitário, conforme orienta a Portaria GM/MS nº 204/2007 (Brasil, 2007), são estratégias viáveis para assegurar o deslocamento regular da gestante aos serviços de saúde.

Além disso, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Brasil, 2011) orientam os municípios a planejarem ações urbanas que favoreçam o deslocamento das populações vulneráveis. É fundamental integrar o serviço de transporte às agendas de grupos operativos, reconhecendo-os como espaços terapêuticos e educativos essenciais.

Em relação ao Acesso à Renda Básica e Emprego Formal na Gestação e Pós-parto, observa-se que a segurança econômica durante a gestação e o puerpério está diretamente relacionada à garantia de direitos como o acesso a alimentação adequada, moradia, saúde e dignidade. O Benefício de Prestação Continuada (BPC) e o Programa Bolsa Família, nos termos da Lei nº 14.601/2023

(Brasil, 2023), preveem condicionalidades voltadas à saúde materno-infantil, sendo uma via concreta de suporte à gestante em situação de vulnerabilidade.

A promoção de políticas públicas de empregabilidade, especialmente por meio de ações de economia solidária e programas de qualificação profissional para gestantes e puérperas, pode ampliar o acesso à renda e diminuir os índices de abandono do cuidado por motivos financeiros (Costa et al., 2021).

No tocante ao Planejamento Reprodutivo com Educação Sexual e Contracepção, entende-se que a gravidez indesejada é um desafio persistente no Brasil e evidencia a falha na efetivação do direito ao planejamento reprodutivo. A Lei nº 9.263/1996, que regulamenta o planejamento familiar, garante o acesso gratuito a todos os métodos contraceptivos pelo SUS, respeitando os princípios da dignidade e autonomia (Brasil, 1996). Contudo, é preciso mais do que a oferta técnica: é necessário investir em educação sexual crítica e libertadora.

Paulo Freire (1996) já defendia uma pedagogia emancipadora como meio de transformação social. Nesse contexto, a escola, a unidade básica de saúde e os grupos operativos se tornam espaços privilegiados para abordar sexualidade, métodos contraceptivos e o direito de decidir sobre o próprio corpo. Estudos apontam que intervenções educativas sistematizadas aumentam significativamente o uso de métodos contraceptivos e reduzem a reincidência de gestações não planejadas (Santos; Lima, 2020).

Por fim em relação a Promoção da Educação em Saúde com Foco em Pré-natal, Puerpério e Puericultura, compreende-se que a educação em saúde é ferramenta estratégica na diminuição do absenteísmo em consultas de pré-natal e na prevenção de mortes maternas e infantis evitáveis.

Aprendizagens significativas ocorrem quando há envolvimento emocional, vínculo e conexão com a realidade dos sujeitos (Morin, 2000). Assim, os profissionais de saúde devem adotar abordagens educativas participativas e culturais, respeitando os saberes populares e promovendo o protagonismo das mulheres nos cuidados com sua saúde e a de seus filhos. Os grupos operativos, as visitas domiciliares e o acolhimento humanizado nas unidades de saúde são ferramentas potentes para essa transformação.

Tais desafios e questionamentos estão presentes no cotidiano das gestantes trabalhadoras rurais, ainda que essas residam na macro região de Uberlândia, cidade desenvolvida e economicamente ativa.

Logo, podemos considerar que realidades ainda mais distantes do modelo ideal de assistência, possam ser encontradas em locais de maior precariedade econômico e social.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio dos dados aqui apresentados, conclui-se que embora as gestantes tenham acesso às informações e serviços das Unidades de Atendimento durante o período gravídico e que políticas públicas que norteiam assistência serem desenvolvidas desde os primórdios pelos serviços públicos de saúde, não se observou a integralidade da atenção à saúde a estas mulheres.

Executar o acompanhamento das mulheres nesta perspectiva não é um dilema só dos gestores da saúde, mas um desafio posto para todos os atores sociais que constroem, em suas práticas cotidianas, o SUS.

Políticas públicas ampliadas e interseção entre as secretarias em todas as esferas de governo, assim como profissionais capacitados em executá-las, devem ser alvo principal de todo o serviço

REFERÊNCIAS

ANDRADE, T. M. de et al. Barreiras de acesso ao pré-natal: uma análise dos determinantes sociais de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 20, n. 3, p. 789-797, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000300013>

BARBOSA, A.; AVELAR, T.; BARROS, É. Assistência em saúde durante gestação e parto na avaliação de mulheres negras. **Academia Paulista De Psicologia**, v. 44, p. 27-39, 2024. DOI: 10.5935/2176-3038.20240002.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 204**, de 29 de janeiro de 2007. Estabelece o financiamento do componente de transporte sanitário eletivo no SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS, A Rede Cegonha**. 2011. Disponível em
<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>.
Acesso em [07 jun 2023]

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde**. 2000. Disponível em
<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html>.
Acesso em [07 jun 2023]

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 715/2022. **Institui a Rede de Atenção Materno-Infantil**. 2022. Disponível em <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/abril/ministerio-da-saude-cria-rede-de-atencao-materna-e-infantil-e-amplia-atendimento-para-maes-e-bebes-no-sus>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna**. 2024. Disponível em

<<https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/materna/>>. Acesso em [04 abr 2025].

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto 7.602, de 07 de novembro de 2011. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, das Águas e das Florestas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf>. Acesso em: [20 mar. 2025].

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Guia de diretrizes para a atenção integral à saúde das populações do campo, floresta e águas (CFA) e povos e comunidades tradicionais (PCTs)** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. **Manual AIDPI Neonatal** [Internet]. Brasília; 2014. (5ª ed.). Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/maual_aidpi_neonatal_quadro_procedimentos.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: **Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em: 27 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: documento base**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_atencao_gestao_sus.pdf. Acesso em: 27 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede de Atenção Materna e Infantil: Diretrizes para a Organização da Atenção à Gestação de Alto Risco**. Portaria GM/MS nº 5.350,

de 12 de setembro de 2024. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-5.350-de-12-de-setembro-de-2024-510992309>. Acesso em: 27 maio 2025.

BRASIL. **Lei nº 9.263**, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, para tratar do planejamento familiar. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 1996. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm

BRASIL. Lei nº 14.601, de 19 de junho de 2023. **Institui o Programa Bolsa Família**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/L14601.htm

COSTA, L. P. et al. Mulheres, maternidade e trabalho: desafios de conciliação e acesso a direitos. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 29, e69717, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2021v29n469717>

DIAS, A. C. da S.; FERREIRA, S. L.; GUSMÃO, M. E. N.; MARQUES, G. C. M. Influence of the Sociodemographic and Reproductive Characteristics on Reproductive Autonomy Among Women. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 30, n. e20200103, p. 1-15, 2021. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0103>

DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M.; PEREIRA, A. P. E. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 4, p. 767-776, 2010. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000400010>

ESPOSTI, C. D. D.; SANTOS-NETO, E. T.; OLIVEIRA, A. E.; TRAVASSOS, C.; PINHEIRO, R. S. Desigualdades sociais e geográficas no desempenho da assistência pré-natal de uma Região Metropolitana do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 5, p. 1735-1750, 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.32852019>

FALAVINA, L. P.; LENTSCK, M. H.; MATHIAS, T. A. F. Tendência e distribuição espacial de doenças infecciosas em gestantes no estado do Paraná-Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 27, e3160, 2019 . <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2838.3160>.

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz. Departamento de Prevenção e Promoção da Saúde. **Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) na atenção primária - Revisão Rápida**. Brasília, DF, 01 abril 2024. 22 p. Disponível em <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfindmkaj/https://docs.bvsalud.org/biblioref/2024/10/1572868/18_rr_van_cobertura.pdf?utm_source=chatgpt.com>. Acesso em [01 abr 2025]

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GARCIA, É. M.; MARTINELLI, K. G.; GAMA, S. G. N.; OLIVEIRA, A. E.; ESPOSTI, C. D. D.; SANTOS, E. T. Risco gestacional e desigualdades sociais: uma relação possível?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4633-4642, 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.31422017>

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2019. 173p

GRILLO, M. F. R.; COLLINS, S. M. B.; ZANDONAI, V. R.; ZENI, G.; ALVES, L. P. de C.; SCHERER, J. N. Análise de fatores associados à saúde mental em gestantes e puérperas no Brasil: Uma revisão da literatura. **Jornal Brasileiro De Psiquiatria**, v. 73, n. 2, p. e20230098, 2024. <https://doi.org/10.1590/0047-2085-2023-0098>

HERRERA, K. M.; DESCONSI, C.; BIROCHI, R.; PACÍFICO, D. A. Trabalho e gestão das mulheres na agricultura familiar: uma análise a partir de estudos feministas e de gênero. **Revista De Economia E Sociologia Rural**, 62(3), e281922. <https://doi.org/10.1590/1806-9479.2023.281922pt>

IBARRA, A. C. R.; PIZZINATO, A.; OLIVEIRA, M. Z. Mulheres Agricultoras do Rio Grande do Sul: suas trajetórias no contexto da produção agroecológica. **Psicologia & Sociedade**, v. 35, n. e263464, p. 1-17, 2023. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2023v35263464>

IEPS - Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. **Mortalidade materna: causas e caminhos para o enfrentamento**. São Paulo: IEPS, 2023. Disponível em: <<https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2023/03/olhar-IEPS-4-mortalidade-materna.pdf>>. Acesso em: [4 abr. 2025].

LELIS, C. F.; PRIETSCH, S. O. M.; CESAR, J. A. Gravidez não planejada no extremo Sul do Brasil: prevalência, tendência e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 29, n. 5, p. 1-9, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024295.11122023>. A

MARCONI, M. A., LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

MEDEIROS, A.; SANTANA, C.; FERREIRA, D.; RIBEIRO, K.; BRITO, M. A. Importância do Planejamento Gestacional para Diferentes Gerações de Mulheres. **Research, Society and Development**, v. 8, n. 2, p. 1-13, 2019. 10.33448/rsd-v8i2.661.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, [S. l.], v. 5, n. 7, p. 1–12, 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82>.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. São Paulo: Cortez; UNESCO, 2000.

OLIVEIRA, E. A.; GOMES, D. R.; OLIVEIRA, D. S.; CAMPOS, H. M. N. Consumo de alimentos in natura, processados e ultraprocessados de gestantes atendidas pela Estratégia Saúde da Família no oeste da Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 47, n. 2, p. 123-143, abr./jun. 2023. DOI: 10.22278/2318-2660.2023.v47.n2.a3898

OLIVEIRA, A. D. de F.; CAMPELO, M. J. de A. Pré-natal na zona rural, norte da Bahia - BA: Perfil de gestantes atendidas em consultas de enfermagem. **Brazilian Journal of Health Review**, [S. l.], v. 3, n. 5, p. 12439–12451, 2020. DOI: 10.34119/bjhrv3n5-088.

ONU - Organização das Nações Unidas. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: ODS 3 – Saúde e Bem-Estar**. 2020. Disponível em: <<https://brasil.un.org/pt-br/sdgs/3>>. Acesso em: [4 abr. 2025].

PATIAS, N. D.; VON HOHENDORFF, J. Critérios de qualidade para artigos de pesquisa qualitativa. **Psicologia em Estudo**, v. 24, n. e43536, p. 1-14, 2019. <https://doi.org/10.4025/psicolestud.v24i0.43536>

PAULA, M. B. M.; QUEIROZ, A. B. A.; PARMEJIANI, E. P.; SALIMENA, A. M. O.; FERREIRA, M. A.; CORDEIRO, E. M. Saúde sexual e reprodutiva de mulheres que vivem no contexto rural: revisão integrativa. **Rev. Eletr. Enferm.**, v. 24, n. 69529, p. 1-11, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v24.69529>.

PEREIRA, A. A.; RODRIGUES, I. L. A.; NOGUEIRA, L. M. V.; PALMEIRA, I. P.; NUNES, H. H. DE M.; ANDRADE, E. G. R.; SILVA, F. O. Social representations of pregnant women about high-risk pregnancy: repercussions for prenatal care. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 57, n. e20220463, p. 1-11, 2023. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0463en>

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed., Novo Hamburgo – RGS: Universidade Feevale, 2013.

RIOS, E. R. C.; GOMES, D. R.; ALELUIA, Í. R. S. Atenção pré-natal na estratégia saúde da família em município de referência do Nordeste brasileiro. **Rev. Baiana de Saúde Pública**, v. 47 n. 4, p. 36-52, out./dez. 2023. DOI: 10.22278/2318-2660.2023.v47.n4.a3595.

SANTOS, M. M.; LIMA, M. J. S. Contracepção e planejamento reprodutivo: desafios para os serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 21, n. 1, p. 11-19, 2020. ISSN: 1679-3300. Disponível em: <https://revistas.uepg.br/index.php/rspp/article/view/17259>

SILVA, E. P.; LEITE, A. F. B.; LIMA, R. T.; OSÓRIO, M. M. Avaliação do pré-natal na atenção primária no Nordeste do Brasil: fatores associados à sua adequação. **Rev Saude Publica**, v. 53, n. 43, p. 1-13, 2019. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053001024>

SILVA, C. M.; MARTINS, M. C. C.; NASCIMENTO, J. A. Educação em saúde e grupos operativos: uma estratégia de cuidado à gestante. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, supl. 4, p. e20200345, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0345>.

TEIXEIRA NETO, F. C.; SANTANA, J. S. A Sífilis em gestantes e congênitas no estado do Tocantins: perfil epidemiológico e prevalência. **BEPA, Bol. epidemiol. paul.**, v. 21, n. e40880, 2024. doi: <https://doi.org/10.57148/bepa.2024.v.21.40880>

WICHMANN, M. R. The influence of reproductive information quality on the probability of unplanned and unwanted pregnancies in Brazil. **J Bras Econ Saúde**, v. 11, n. 1, p. 3-9, 2019. DOI: 10.21115/JBES.v11.n1.p3-9

ANEXOS

- Anexo 1: Questionário Sociodemográfico
- Anexo 2: Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

ANEXO 1

Questionário Sociodemográfico
1) A quanto tempo reside na zona rural ? <input type="checkbox"/> menos de um ano <input type="checkbox"/> de 1 a 3 anos <input type="checkbox"/> mais de 3 anos <input type="checkbox"/> resido na área rural desde que nasci
2) Qual a sua Profissão? Resposta:
3) Possui Trabalho Formal ? (Carteira de Trabalho , vínculo CLT) <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Caso não possua, realiza algum outro trabalho remunerado? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
4) Qual a sua renda pessoal? Considerar o valor do salário mínimo R\$ 1.192,40 <input type="checkbox"/> até meio salário mínimo <input type="checkbox"/> até 1 salário mínimo <input type="checkbox"/> até 2 salários mínimos <input type="checkbox"/> maior que 2 salários mínimos
5) Qual a renda total familiar? Considerar o valor do salário mínimo R\$ 1.192,40 <input type="checkbox"/> até meio salário mínimo <input type="checkbox"/> até 1 salário mínimo <input type="checkbox"/> até 2 salários mínimos <input type="checkbox"/> até 3 salários mínimos <input type="checkbox"/> maior que 3 salários mínimos
6) Qual o seu estado civil ? <input type="checkbox"/> solteira <input type="checkbox"/> casada <input type="checkbox"/> termo de união estável <input type="checkbox"/> Reside junto com o companheiro (a)
7) Quantas pessoas residem com você?
8) Antes da gravidez realizava acompanhamento regulares na unidade de saúde ? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
9) Possui filhos? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Se sim, quantos residem com você? _____

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Pré-natal da trabalhadora rural: acesso, adesão e desafios

Pesquisador: Karine Rezende de Oliveira

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 46646821.8.0000.5152

Instituição Proponente: PPGAT- MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE AMBIENTAL E SAÚDE DO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.257.334

Apresentação do Projeto:

Apresentação de emenda.

Objetivo da Pesquisa:

De acordo com a emenda apresentada não houve alteração nos objetivos do projeto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não se aplica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Emenda apresentada com as seguintes alterações:

1. Alteração no instrumento de coleta de dados "questionário", que passou de 10 para 14 perguntas.
2. Alteração do TCLE informando o atual número de questões.
3. Alteração no cronograma de coleta de dados com previsão para finalização em 30/11/2022.
4. Foi apresentado um formulário de controle interno da equipe para anotar as informações que serão colhidas nos prontuários.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos com as devidas alterações foram apresentados acompanhados pela justificativa da proposta de emenda pelas pesquisadoras.

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica

Bairro: Santa Mônica

CEP: 38.408-144

UF: MG

Município: UBERLÂNDIA

Telefone: (34)3239-4131

Fax: (34)3239-4131

E-mail: cep@propp.ufu.br

Continuação do Parecer: 5.257.334

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto e de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação da emenda de pesquisa proposta.

Considerações Finais a critério do CEP:**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1897936_E1.pdf	12/02/2022 22:27:54		Aceito
Outros	justificativa_emenda.pdf	12/02/2022 22:26:50	Karine Rezende de Oliveira	Aceito
Outros	formulario_emenda.pdf	12/02/2022 22:17:48	Karine Rezende de Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_gestantes_emenda.pdf	12/02/2022 22:15:56	Karine Rezende de Oliveira	Aceito
Outros	Roteiro_de_Entrevista_emenda.pdf	12/02/2022 22:14:55	Karine Rezende de Oliveira	Aceito
Outros	questionario_emenda.pdf	12/02/2022 22:13:38	Karine Rezende de Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_emenda.pdf	12/02/2022 22:12:47	Karine Rezende de Oliveira	Aceito
Outros	Resposta_pendencias.doc	04/06/2021 13:42:58	Karine Rezende de Oliveira	Aceito
Outros	Lattes.doc	10/05/2021 20:55:16	Karine Rezende de Oliveira	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	07/05/2021 17:07:42	Karine Rezende de Oliveira	Aceito
Outros	Declaracao_folha_rosto.jpeg	07/05/2021 16:55:01	Karine Rezende de Oliveira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_Maria_Tereza.pdf	06/05/2021 21:31:23	Karine Rezende de Oliveira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Karine_equipe.jpeg	06/05/2021 21:26:22	Karine Rezende de Oliveira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Co_participante.pdf	06/05/2021 21:25:18	Karine Rezende de Oliveira	Aceito

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica**Bairro:** Santa Mônica**CEP:** 38.408-144**UF:** MG**Município:** UBERLÂNDIA**Telefone:** (34)3239-4131**Fax:** (34)3239-4131**E-mail:** cep@propp.ufu.br

Continuação do Parecer: 5.257.334

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

UBERLÂNDIA, 22 de Fevereiro de 2022

Assinado por:

ALEANDRA DA SILVA FIGUEIRA SAMPAIO
(Coordenador(a))

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica

Bairro: Santa Mônica

CEP: 38.408-144

UF: MG

Município: UBERLÂNDIA

Telefone: (34)3239-4131

Fax: (34)3239-4131

E-mail: cep@propp.ufu.br