



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE CENTRO DE CIÊNCIAS E
TECNOLOGIA AGROALIMENTAR PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
SISTEMAS AGROINDUTRIAIS CAMPUS DE POMBAL-PB**

MARIA DO SOCORRO GUEDES ESTRELA

**GESTANTES AGRICULTURAS E SEUS PROCESSOS LABORAIS: uma análise
loco regional em região do seminário paraibano**

**POMBAL- PB
2020**

MARIA DO SOCORRO GUEDES ESTRELA

GESTANTES AGRICULTORAS E SEUS PROCESSOS LABORAIS: uma análise
loco regional em região do seminário paraibano

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sistemas Agroindustriais da Universidade Federal de Campina Grande, sob linha de pesquisa Gestão e Tecnologia Ambiental em Sistemas Agroindustriais, em cumprimento às exigências para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Anúbes Pereira de Castro

POMBAL- PB
2020

E82g Estrela, Maria do Socorro Guedes.
Gestantes agricultoras e seus processos laborais: uma análise loco regional em região do semiárido paraibano / Maria do Socorro Guedes Estrela. – Pombal, 2021.
59 f. : il. color.

Dissertação (Mestrado em Sistemas Agroindustriais) –
Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Ciências e
Tecnologia Agroalimentar, 2020.

“Orientação: Profa. Dra. Anúbes Pereira de Castro”.
Referências.

1. Riscos ocupacionais. 2. Mulheres agricultoras - Gestação. 3.
Trabalhadoras do campo. I. Anúbes Pereira de Castro. II. Título.

CDU 613.6(043)

MARIA DO SOCORRO GUEDES ESTRELA

GESTANTES AGRICULTORAS E SEUS PROCESSOS LABORAIS: uma análise
loco regional em região do seminário paraibano

Qualificação de dissertação aprovado em: 11/12/2020

BANCA EXAMINADORA



Profª. Dra. Anúbes Pereira de Castro Universidade Federal de Campina Grande-UFCG
(Orientadora)

Profº Dr. Sc. Patrício Borges Maracajá Universidade Federal de Campina Grande-UFCG
(1º Membro examinador)

Profº Dr. Sc. André Japiassú Universidade Federal de Campina Grande-UFCG (2º
Membro examinador)

Dedico este trabalho unicamente a Deus.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a concretização dessa etapa da minha vida e com o Salmo 126 selo esse sentimento gratidão.

Salmos 126

¹ Quando o SENHOR trouxe do cativeiro os que voltaram a Sião, estávamos como os que sonham.

² Então a nossa boca se encheu de riso e a nossa língua de cântico; então se dizia entre os gentios: Grandes coisas fez o Senhor a estes.

³ Grandes coisas fez o Senhor por nós, pelas quais estamos alegres.

⁴ Traze-nos outra vez, ó Senhor, do cativeiro, como as correntes das águas no sul.

⁵ Os que semeiam em lágrimas segarão com alegria.

⁶ Aquele que leva a preciosa semente, andando e chorando, voltará, sem dúvida, com alegria, trazendo consigo os seus molhos.

LISTA DE SIGLAS

APS - Atenção Primária à Saúde

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa CNES - Cadastro

Nacional de Estabelecimentos de Saúde CNS - Conselho

Nacional de Saúde ESF - Estratégia de Saúde da Família

NASF - Núcleos de Apoio à Saúde da Família

PHPN - Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

PN - Pré-Natal

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNSIPCF - Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta

PSF - Programa de Saúde da Família

RC - Rede Cegonha

RMM - Razão de Mortalidade Materna

RNs - Recém-nascidos

SUS - Sistema Único de Saúde TCLE - Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido UCIN - Unidade

de Cuidados Intermediários Neonatal

UCINCO - Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal

Convencional USF - Unidades de Saúde da Família UTIN - Unidade de

Terapia Intensiva Neonatal

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01: Oferta mundial per capita de produtos vegetais	21
Gráfico 02: Sintomas durante a exposição.....	35

LISTA DE TABELAS

- Tabela 01:** Dados sociodemográficos das gestantes entrevistadas, com as seguintes variáveis: faixa etária, estado civil, escolaridade, fonte de renda, local de trabalho próprio e da família, renda total da família, quantidade de pessoas que vivem com a renda família 28
- Tabela 02:** Local de origem das gestantes, local de moradia e situação habitacional 30
- Tabela 03:** Horas trabalhadas, Trabalho durante a gestação, Contato com substâncias tóxicas, Procura por algum serviço após a exposição 32
- Tabela 04:** Dados gestacionais com as seguintes variáveis: Orientações no pré-natal sobre os riscos das atividades agrícolas na gestação, Número de gestações, Número de partos, Número de abortos, Número de nativos, Número de natimortos, Tipo de parto anterior, Intervalo interpartal, gravidez planejada, realizou pré-natal, número de consultas pré-natal, intercorrências durante o pré-natal 37

ESTRELA, MARIA DO SOCORRO GUEDES. **Gestantes agricultoras e seus processos laborais**: uma análise loco regional em região do seminário paraibano. 2020. 59f. Dissertação (Mestrado). Pós Graduação em Sistemas Agroindustriais, Universidade Federal de Campina Grande-UFCG, Cajazeiras-PB, 2020.

RESUMO

A agricultura é uma atividade laboral que exige além de conhecimento da prática cotidiana, o exercício exaustivo da função sendo assim uma das atividades que exige uma atenção especial. Nesse sentido, a mulher agricultora ao executar a atividade ao longo de sua gestação se expõe, em virtude de sua atividade laboral a fatores, físicos, químicos e biológicos. Partindo dessa premissa, o estudo tem a finalidade de identificar os riscos ocupacionais no processo de trabalho de gestantes trabalhadoras do campo. Metodologicamente, a pesquisa trata-se de um estudo de campo, retrospectivo, com caráter exploratório e abordagem qualitativa realizado com 50 mulheres atendidas na Maternidade Dr. Deodato Cartaxo situada no município de Cajazeiras-PB. Os critérios de inclusão estabelecidos, foram: gestantes que se declararam agricultoras e que se dispuseram a participar da pesquisa por livre e espontânea vontade após aceitação formal em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para a realização da coleta de dados foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado, onde foram analisados qualitativamente a partir da técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin. O estudo respeitou a Resolução 466/2012 atendendo as premissas básicas de ética em pesquisa. Os resultados demonstraram que o perfil das gestantes são mulheres com idade entre 15 e 25 anos, em união estável, agricultoras com ensino básico incompleto, têm renda familiar de um salário mínimo, a maioria reside na zona rural, em casa alugada; trabalham de 3 a 5 horas diárias, inclusive durante a gestação; das 12 entrevistadas que foram expostas a alguma substância química, as principais manifestações clínicas foram: náuseas, boca seca, coceira no corpo, tonturas, vômitos e visão turva. No pré-natal, a maioria conta que recebeu instruções dos riscos da atividade agrícola, estavam na 1ª gestação, mas já tiveram mais de 2 partos, como também de 1 a 2 abortos; o parto mais realizado por elas foi o cesariano, o intervalo interpartal variou de 1 a 2 anos. Apesar da gravidez não ser planejadas, as mulheres afirmaram realizar corretamente o pré-natal indo de 4 a 6 consultas e a maioria não apresentou intercorrências durante o pré-natal. Conclui-se que as mulheres agricultoras podem exercer seu papel de mãe, mulher, profissional, mas precisam de orientação para combater e prevenir possíveis problemáticas relacionadas a desinformação, buscando minimizar os riscos inerentes à sua atividade laboral.

Descritores: Mulheres. Gestação. Agricultura.

ESTRELA, MARIA DO SOCORRO GUEDES. **Agricultural pregnant women and their labor processes: a loco regional analysis in the region of the Paraíba seminar.** 2020. 59f. Thesis (Master's degree). Post Graduation in Agroindustrial Systems, Federal University of Campina Grande-UFCG, Cajazeiras-PB, 2020.

ABSTRACT

Agriculture is a work activity that requires, in addition to knowledge of daily practice, the exhaustive exercise of the function, thus being one of the activities that requires special attention. In this sense, the woman farmer when performing the activity throughout her pregnancy is exposed, due to her work activity to factors, physical, chemical and biological. Based on this premise, the study aims to identify occupational risks in the work process of pregnant women workers in the field. Methodologically, the research is a field study, retrospective, with an exploratory character and qualitative approach carried out with 50 women attended at the Maternity Dr. Deodato Cartaxo located in the municipality of Cajazeiras-PB. The inclusion criteria established were: pregnant women who declared themselves to be farmers and who were willing to participate in the research freely and spontaneously after formal acceptance in a Free and Informed Consent Term (FICT), for data collection, a semi-structured interview script, where they were analyzed qualitatively using the content analysis technique proposed by Bardin. The study complied with Resolution 466/2012, given the basic premises of research ethics. The results showed that the profile of the pregnant women are women aged between 15 and 25, in a stable relationship, farmers with incomplete basic education, have a family income of one minimum wage, most of them live in the rural area, in a rented house; they work from 3 to 5 hours a day, including during pregnancy; of the 12 interviewees who were exposed to some chemical substance, the main clinical manifestations were: nausea, dry mouth, itchy body, dizziness, vomiting and blurred vision. In prenatal care, most say they received instructions on the risks of agricultural activity, they were in their first pregnancy, but they had already had more than 2 births, as well as 1 to 2 abortions; the delivery most performed by them was cesarean section, the interpartal interval ranged from 1 to 2 years. Although the pregnancy was not planned, the women said they correctly performed prenatal care, ranging from 4 to 6 consultations and the majority did not have any complications during prenatal care. It is concluded that women farmers can exercise their role as mothers, women, professionals, but they need guidance to combat and prevent possible problems related to disinformation, seeking to minimize the risks inherent in their work activity.

Descriptors: Women. Gestation. Agriculture.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	15
2.1 OBJETIVO GERAL	15
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
3 REFERENCIAL TEÓRICO	16
3.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NO CENÁRIO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA	16
3.1.1 Assistência Pré-natal e Rede Cegonha	18
3.2 PROCESSO DE TRABALHO DE GESTANTES AGRICULTORAS	19
3.3 PRODUÇÃO E PRODUTIVIDADE NA AGRICULTURA	20
4 PERCURSO METOLÓGICO	23
4.1 TIPO DE ESTUDO	23
4.2 LOCAL DE ESTUDO	23
4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO	25
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	26
4.5 INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS	26
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	26
4.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	26
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	28
5.1 DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS	28
5.2 QUESTÕES PERTINENTES AOS OBJETIVOS DO ESTUDO	32
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
REFERÊNCIAS	43
APÊNDICES	48
APÊNDICE I – ROTEIRO DE ENTREVISTAS	49
APÊNDICE II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	54
APÊNDICE III – TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR PARTICIPANTE	56
ANEXOS	57
ANEXO I – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	58
ANEXO II – TERMO DE ANUÊNCIA	59

1 INTRODUÇÃO

A agricultura é uma atividade laboral que exige além de conhecimento da prática cotidiana, o exercício exaustivo da função. Conforme Moreira (2018), a atividade agrícola demanda muito esforço físico e alto consumo de energia humana, sendo assim um dos ramos produtivos onde o trabalhador enfrenta alguns problemas ergonômicos de alto risco. A Organização Internacional do Trabalho aponta que a agricultura é um dos três setores de atividade mais perigosos – os outros dois são a construção civil e a mineração –, sujeitando o trabalhador a um conjunto variado de fatores de risco de natureza física, química, mecânica e ergonômica.

Nessa profissão há mulheres e homens em atividade que desempenham seu papel conforme atividade proposta. É uma atividade que exige conhecimento em diversos aspectos da área, também exige dedicação do ponto de vista da construção do saber nessa área e da prática cotidiana. O fato é que a agricultura enquanto profissão envolve diversos fatores a serem considerados. As mulheres em contato direto com a profissão tem um cotidiano extremamente exaustivo, visto que, assim como outras mulheres não atuam única e exclusivamente em sua maioria, na função de atividade externa, mas também em suas atividades domésticas, promovendo uma carga diária dobrada.

Ao nos voltarmos a mulheres gestantes temos associado outra realidade, a de uma mulher que soma ao seu cotidiano um momento que exige cuidados, consigo mesma e com o ser que está em formação. A gestação é um período marcado por intensas mudanças físicas, biológicas, endócrinas e psíquicas na mulher. Logo após a concepção a mulher vivencia um processo adaptativo que pode sofrer influências diversas, seja de patologias ou condições intrínsecas progressas, seja de agentes externos, como a exposição a fatores de risco que possam vir a prejudicar esse processo adaptativo (REZENDE, 2010; AZEVEDO, 2018).

Seguindo essa linha de raciocínio Conde et al. (2005) descrevem em seu trabalho que a gravidez é vista por um momento de transição extremamente significativo, que exige adaptações de diversa índole. A capacidade da mulher para se adaptar às mudanças e exigências da gravidez afeta a saúde física e mental e parece influenciar, de igual forma, a saúde do feto em gestação (DIAS, 2019).

Além disso, é verdade que mesmo que se faça um bom acompanhamento pré-natal conforme estabelece os organismos competentes no assunto, poderá acarretar algumas complicações obstétricas associadas aos fatores de risco que podem ter consequências negativas tanto para o bebê quanto para a gestante (ARAUJO; PEREIRA; KAC, 2007).

Diante disso, o governo federal, através das políticas voltadas a gestante, visa fornecer todo apoio à mulher nessa fase gravídica, disponibilizando uma assistência pré-natal, que compreende em um conjunto de cuidados e procedimentos que visam preservar a saúde da gestante e do conceito, assegurando a profilaxia e a detecção precoce das complicações próprias da gestação e o tratamento adequado de doenças maternas pré-existentes. Além disso, o pré-natal pode representar a única oportunidade para as mulheres receberem assistência médica (GRANGEIRO; DIÓGENES; MOURA, 2008; ROCHA, 2020).

Mesmo tendo assegurada a garantia de um pré-natal de qualidade, os desfechos gestacionais podem não ser satisfatórios diante de fatores de risco presentes. Com base nos fatores de risco, tem-se uma subdivisão: fatores relacionados às características individuais e as condições sócio e demográficas desfavoráveis, incluindo extremos de idade (<15 e >35 anos), ocupação (esforço físico excessivo, carga horária extensa, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos e estresse), situação familiar ou conjugal insegura e não aceitação da gravidez, baixa escolaridade, condições ambientais desfavoráveis, dentre outros (BRASIL, 2016; XIMENES, SILVA e RODRIGUES, 2020).

Ainda com base nos fatores de risco, tem-se ainda aqueles relacionados história reprodutiva anterior, a condições prévias de saúde e os relacionados a gravidez atual, que ainda de acordo com Brasil (2016), precisam ser avaliados de forma sistemática para que o desfecho gestacional seja favorável para o binômio mãe e filho.

Importante salientar que a Rede Cegonha instituída pela Portaria 1.459/2011 de 24 de junho de 2011, prevê tais entraves e assegura a mulher uma assistência de pré-natal qualificada com no mínimo 07 (sete) consultas de pré-natal, inclusive com garantia de transporte seguro de sua residência até o serviço de saúde, entretanto, alguns municípios ainda não conseguem cumprir tais garantias (MACHADO, 2019).

Considerando a atividade ocupacional dessas mulheres há de se considerar que algumas atividades podem direta ou indiretamente trazer consequências para este grupo, em uma fase em que diversas transformações estão surgindo.

Diante desse fato a agricultura é uma das atividades que exige atenção especial, nesse sentido, a mulher agricultora ao executar a atividade ao longo de sua gestação se expõe, em virtude de sua atividade laboral, a fatores, físicos, químicos e biológicos. Essa exposição, que comumente vem de produtos em contato podem gerar agravantes a essas mulheres (SILVA, 2019).

Além destes, outro fator está em evidencia, quer seja, a exposição ao sol, o esforço físico, o levantar e baixar, os movimentos repetitivos que podem ocorrer ao longo do dia durante o trabalho.

Tomando por base a gestante agricultora, os riscos extrínsecos são bem maiores, e neste sentido, Gasparini (2012) aponta: ruídos e vibrações, exposição aos raios UVA e UVB, acidentes com animais peçonhentos, exposição a agentes infecciosos e parasitários, exposição a partículas de grãos e pólen, acidentes com ferramentas e maquinários, e o principal deles, a exposição a agroquímicos como os fertilizantes e agrotóxicos (NOGUEIRA, SZWARCOWALD e DAMACENA, 2020).

Em paralelo as dificuldades elencadas, há outro tipo de dificuldade que coloca em risco a mulher gestante agricultora e que diz respeito a assistência pré-natal, que muitas vezes é dificultada pela distância e condições das estradas. Para Burille; Gerhardt (2014) a busca por serviços de saúde é um problema para o morador da zona urbana por demandar um esforço, o que muitas vezes influi para o déficit de ações preventivas, fazendo com que a busca por atendimento só aconteça na iminência de uma necessidade de saúde, esse fato é ainda mais presente na vida dos moradores da zona rural.

Diante de tais preceitos, a presente proposta surgiu do interesse em melhor investigar os riscos ocupacionais enfrentados por gestantes trabalhadoras rurais, tendo em vista que a maioria das gestantes atendidas nas maternidades de referência no semiárido paraibano são agricultoras, fato que justifica a necessidade e relevância da presente pesquisa, partindo ainda da hipótese de que os riscos laborais as quais são expostas constituem fatores condicionantes e determinantes para adoecimento e desfechos gestacionais insatisfatórios para o binômio mãe e filho. Além de poder investigar se há contato direto ou indireto com fatores determinantes para esse risco, sejam físicos, químicos ou biológicos.

Desse modo, os resultados contribuirão para a comunidade científica no sentido do provimento de novos olhares que, certamente, constituirá em benefícios para a população em questão, visto que se trata de um estudo inédito da região semiárida.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Identificar os riscos ocupacionais no processo de trabalho de gestantes trabalhadoras do campo.

2.2 ESPECÍFICOS

- Conhecer os desfechos gestacionais de gestantes trabalhadoras do campo;
- Apresentar o perfil sociodemográfico das gestantes agricultoras da região do seminário paraibano;
- Analisar os agravos a saúde da gestante atrelados aos riscos ocupacionais enfrentados;
- Analisar o conhecimento da gestante quanto aos fatores de risco e agravo à saúde relacionadas a atividade laboral.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NO CENÁRIO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Após décadas de privilégio à atenção hospitalar, herança da medicina previdenciária, em que a alocação de recursos federais em estados e municípios se dava com base principalmente na produção de serviços e na capacidade instalada, os esforços, programas e investimentos públicos passaram a se concentrar na Atenção Primária à Saúde (APS), com a adoção do Programa de Saúde da Família (PSF), desenvolvido por meio de incentivos financeiros específicos e da criação de mecanismos de transferência de recursos federais calculados com base no número de habitantes de cada município (ESCOREL et al., 2007).

De acordo com Mendes (2012) a concepção de APS tem seu escopo no Reino Unido, em meados de 1920 através do Relatório Dawson, que preconizou a organização do sistema de atenção à saúde em diversos níveis: os serviços domiciliares, os centros de saúde primários, os centros de saúde secundários, os serviços suplementares e os hospitais de ensino. Tal documento constitui a proposta das RASs coordenadas pela APS no tocante às funções de cada nível de atenção e as relações que deveriam existir entre eles.

Os primórdios da Saúde da Família foram, deste modo, galgados juntamente com os pressupostos da APS, definidos e defendidos em Alma Ata (Conferência Internacional de Saúde em 1978), como modelo tecnoassistencial com a finalidade de garantia de acesso, atendimento às doenças prevalentes e melhoria dos indicadores de saúde dos países ocidentais, ainda nesta conferência se especificou os componentes fundamentais para as práticas na Atenção Primária, como a educação em saúde, saneamento ambiental, programas de saúde materno-infantis, prevenção e tratamento de doenças e lesões comuns, fornecimento de medicamentos essenciais, e promoção da boa nutrição e medicina tradicional (OHARA et al., 2008).

A Carta de Ottawa, por sua vez, resultado das discussões ocorridas na I Conferência Internacional em Promoção de Saúde, realizada em Ottawa, no Canadá, em 1996, é reconhecida como o marco de referência da promoção da saúde em todo o mundo. Nela a promoção da saúde é definida como o processo de capacitação na comunidade para atuação na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo (OLIVEIRA; TUNIN; SILVA, 2008).

No tocante a implantação e expansão do PSF estas ocorreram de forma acelerada nos municípios de pequeno porte, com baixa ou nenhuma capacidade instalada de assistência pública a saúde. Todavia, nos grandes centros urbanos, a implementação do PSF tem sido lenta, pois se deparava com questões de maior complexidade relacionadas à concentração demográfica, ao elevado grau de exclusão no acesso aos serviços de saúde, a agravos de saúde característicos das grandes cidades e metrópoles e a uma oferta consolidada em uma rede assistencial desarticulada e mal distribuída (SCOREL et al., 2007).

Segundo Brasil (2002), a Estratégia de Saúde da Família (ESF), tem papel relevante na mudança do modelo assistencial para o campo preventivo, a promoção da saúde e a reversão da centralização excessiva no hospital estavam confinadas, até a metade dos anos 90 a umas poucas experiências de iniciativa das outras áreas de administração da saúde.

Em 2011 foi pactuada e publicada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) através da Portaria GM/MS nº.2.488 de 21 de outubro de 2011, atualizando conceitos na política e introduzindo elementos ligados ao papel desejado da APS na ordenação das RAS, reconhecendo novas modelagens de equipes para as diferentes populações e realidades do Brasil, além da inclusão de equipes para população de rua (Consultórios na Rua), ampliação do número de municípios que podem ter Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), e ainda simplificou condições de criação de Unidades Básicas de Saúde Fluviais e para as Populações Ribeirinhas (BRASIL, 2011).

Importante considerar que os NASF foram criados em 2008 objetivando apoiar as equipes de APS através da ampliação da oferta de saúde e contribuindo com a resolutividade nesse nível de atenção a partir da inserção de uma equipe multiprofissional que atua de forma interligada com as equipes de Saúde da Família, equipes de atenção básica para populações específicas e Programa Academia da Saúde.

Desde modo, de acordo com Scorel et al. (2007), a ESF encerra, em sua concepção, mudanças na dimensão organizacional do modelo assistencial ao constituir uma equipe multiprofissional responsável pela atenção à saúde de uma população circunscrita, definir o generalista como o profissional médico de atenção básica e instituir novos profissionais, a saber, os agentes comunitários de saúde, enfermeiros, técnicos e odontólogos, voltados para a ação comunitária, ampliando a atuação da equipe sobre os determinantes mais gerais do processo saúde-enfermidade.

Assim, nos últimos 21 anos a saúde ganhou muito com o incremento da Atenção Primária a partir da viabilização de serviços que priorizam o acesso universal e equitativo dos serviços de saúde, levando às comunidades rurais a atenção integral por meio de uma equipe

multidisciplinar (PAIM et al., 2011). A baixa adesão da população pode ser explicada pelo desconhecimento dos serviços prestados, bem como da própria cultura ou falta de confiança.

3.1.1 Assistência Pré-natal e Rede Cegonha

O acompanhamento Pré-Natal (PN), no Brasil, tem a finalidade de assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo um nascimento saudável, com o menor impacto negativo possível para a saúde materna e fetal, sobretudo, no que concerne aos aspectos psicossociais, atividades educativas e preventivas (BALSELLS et al., 2018).

Abordando a importância da assistência pré-natal como um importante componente da atenção à saúde das mulheres no período gravídico-puerperal, Viellas et al. (2014) dizem que as práticas realizadas durante o PN estão associadas a melhores desfechos perinatais. Essa assistência deve ocorrer por meio da incorporação de condutas acolhedoras; do desenvolvimento de ações educativas e preventivas, sem intervenções desnecessárias; da detecção precoce de patologias e de situações de risco gestacional; de estabelecimento de vínculo entre o pré-natal e o local do parto; e do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar de alto risco

Conforme Nunes e colaboradores (2016), ao longo das últimas décadas avalia-se a adequação da assistência pré-natal por meio de indicadores com base no número de consultas realizadas e no mês de início do pré-natal. Entretanto, é observado que não há um consenso quanto ao número ideal de consultas, visto que está comprovado que poucas consultas realizadas de forma qualificada podem ser tão eficazes quanto a realização delas em maior número. No entanto, é preconizado e recomendado pelo Ministério da Saúde o número mínimo de seis consultas para uma gestação a termo, com o início do pré-natal no primeiro trimestre e a realização de alguns procedimentos básicos, que incluem exames clínico-obstétricos e laboratoriais, entre outros.

Diante do exposto, Mario et al. (2019) acrescentam que cobertura do PN no Brasil foi reforçada por programas governamentais como o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), estabelecida pelo Ministério da Saúde em 2000, objetivando melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal, o parto assistido, o cuidado ao pós-parto e ao recém-nascido. Complementarmente a esse plano, o governo brasileiro lançou em 2011 o programa Rede Cegonha com a proposta de melhorar ainda mais o acesso e a qualidade dos cuidados para as gestantes, reduzindo a mortalidade materna, em especial nas regiões norte e nordeste. Com isso, o Ministério da Saúde lançou em 2013 o Cadernos de

Atenção Básica Primária número 32, relacionado à atenção ao pré-natal de baixo risco, voltado para apoiar as equipes de saúde envolvidas na Rede Cegonha

Com relação a Rede Cegonha (RC), Theophilo; Rattner; Pereira (2018) dizem que em 2011, por meio da Portaria GM/MS nº 1.459/2011, o Ministério da Saúde instituiu a RC. Essa política representou a convergência das várias iniciativas ministeriais anteriores, como por exemplo o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, os Seminários de Atenção Obstétrica e Neonatal Humanizada e Baseada em Evidências Científicas, os Centros de Parto Normal, cursos de especialização em Enfermagem Obstétrica e outras.

Baseando-se por Theophilo; Rattner; Pereira (2018), a Rede Cegonha refere-se a uma rede de cuidados que assegura às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e o provimento contínuo das ações de atenção à saúde materna e infantil, fomentando a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da atenção ao pré-natal, ao parto e ao puerpério e a assistência à criança até 24 meses. Com isso, busca garantir o acolhimento, as boas práticas e a segurança na atenção ao parto e nascimento; a resolubilidade e o acesso às ações de planejamento reprodutivo.

3.2 PROCESSO DE TRABALHO DE GESTANTES AGRICULTORAS

A agricultura é uma atividade que exige uma atuação baseada no conhecimento, na prática e na execução de ações *in loco*. Mulheres e homens vivenciam essa realidade em diversas partes do país, e essa atividade alcançou o reconhecimento enquanto profissão e mesmo com tal reconhecimento, ainda apresenta diversas necessidades, a exemplo de amparo a grupos que adoecem ou vivenciam períodos diferentes, a exemplo da fase gestacional (SALVARO, LAGO e WOLF, 2013).

O Ministério da Saúde instituiu através da Portaria número 2.866 de 2 de dezembro de 2011 a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), definindo tal população por aquela que se estende por todo o território brasileiro, que apresenta características culturais, raciais, regionais diversificadas, tais populações englobam os segmentos populacionais de agricultores familiares, trabalhadores e trabalhadoras rurais assalariados e aqueles em regime de trabalho temporário, os trabalhadoras rurais assentados, os que não têm acesso a terra, famílias de trabalhadores rurais de assentamentos e acampamentos rurais, populações que residem em comunidades remanescentes de quilombos, em reservas extrativistas, em vilas, povoados, população

ribeirinha, comunidades tradicionais e trabalhadoras que moram na periferia das cidades, mas que trabalham no campo (BRASIL, 2011).

Importante considerar a existência de prejuízos das atividades laborais ligadas a produção rural e agricultura, especialmente aos prejuízos dos agrotóxicos, as quais as principais patologias que acometem os produtores rurais demandam o investimento de verbas públicas e privadas para o atendimento médico e hospitalar, e ainda trazem imensos prejuízos a dinâmica social, neste âmbito que, especialmente nessa faixa etária, representam um problema considerável, haja vista o sustento das famílias subsidiar-se da produção diária, e quando esta é comprometida pelo adoecimento de um dos membros toda a família é prejudicada (FERREIRA et al., 2006).

Com base em Marchiori e Ferraz (2016), em detrimento dos inúmeros riscos ocupacionais aos quais as gestantes rurais são submetidas, é primordial que estes riscos sejam reconhecidos e considerados durante a assistência à saúde no pré-natal, visto que, os agrotóxicos estão relacionados com efeitos adversos no período gestacional e demonstram que os recém-natos de mulheres residentes na zona rural têm maior probabilidade de baixo peso, malformação, em virtude da exposição maior das mães de neonatos com defeitos congênitos aos agrotóxicos do que as genitoras que tiveram filhos saudáveis.

Partindo dessa discussão, Marchiori, Ferraz e Oliveira (2017), salientam que a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal tem a finalidade de assegurar o direito da gestante ao acompanhamento pré-natal, o qual pode ser realizado pelos profissionais de saúde da atenção básica, visto que, a conduta simples para solucioná-las, não sendo preciso o uso de alta tecnologia. No entanto, essa política não aborda as especificidades do ambiente laboral em que se encontram as gestantes. Nesse caso, chama-se a atenção para o processo de trabalho das mulheres grávidas no meio rural, visto que o ambiente em que se desenvolve o processo produtivo pode gerar exposição a fatores de riscos físicos, químicos, biológicos, mecânicos e ergonômicos, causadores de agravos previsíveis e, por isso, evitáveis durante a gestação.

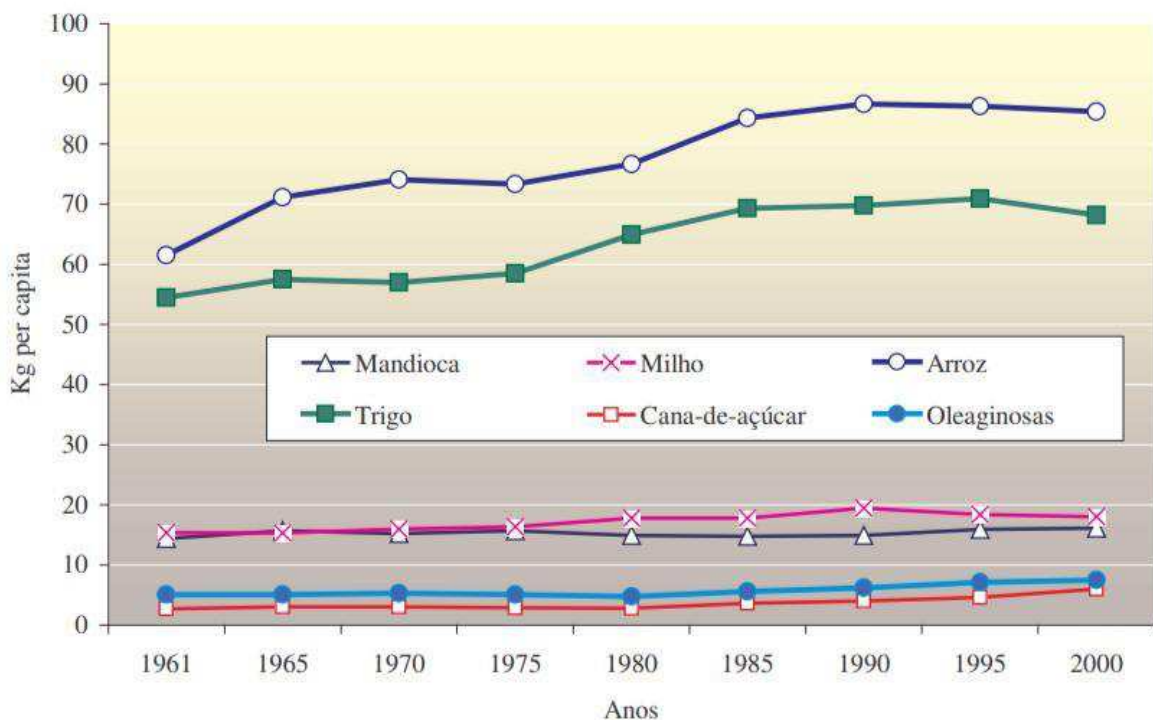
3.3 PRODUÇÃO E PRODUTIVIDADE NA AGRICULTURA

A agricultura pode ser compreendida como a base para o sustento, sendo de grande importância para a economia do país. O Brasil lidera a produção e a exportação de diversos produtos agropecuários, figurando como o primeiro produtor e exportador de café, açúcar, etanol de cana-de-açúcar e suco de laranja. Além disso, lidera o ranking das vendas externas

do complexo-soja (farelo, óleo e grão). Nos últimos dez anos a produção de hortaliças (folhas, raízes, flores, brotos comestíveis) no país aumentou mais de 30% e a produtividade 38% (FRANCO et al., 2019).

Para se ter uma noção melhor acerca da oferta mundial de alimentos vegetais *per capita*, Scolari (2005) apresenta um gráfico em duas épocas distintas. No período 1961/1980, a oferta da maioria dos produtos considerados aumentou, com exceção de mandioca. De 1980 a 2002 a oferta das principais fontes de carboidratos manteve-se praticamente estável. A oferta de mandioca está relativamente estabilizada ao redor de 16 kg/capita/ano, a de milho estabilizada ao redor de 18 kg/capita/ano, a de arroz ao redor de 85 kg/capita ano e a de trigo ao redor de 69 kg/capita/ano. A oferta agregada de banana apresentou crescimento de 30%, de 5,6 para 8,9 kg/capita/ano, em grande parte devido à expansão da área colhida, de mais de 120% e aumento na produtividade de 53%, conseguida através de inovações tecnológicas fitossanitárias e práticas de manejo da cultura. Ocorreu aumento de 34% na oferta mundial de oleaginosas de 5,6 kg/ano em 1985 para 7,4 kg/capita/ano em 2002.

Gráfico 01: Oferta mundial per capita de produtos vegetais



Fonte: Scolari (2005, p. 08).

Conforme Franco et al. (2019) o Brasil conta com culturas com fins alimentícios e ainda aquelas com fins não alimentícios e florestais (silvicultura e extrativismo vegetal) de grande importância para a economia e com potencial para expansão. O Brasil já é o terceiro

maior exportador de celulose, ocupa a 9ª posição no ranking internacional de madeira serrada de coníferas e o 2º lugar na produção de folhosas, enquanto a indústria de compensados já é a 6ª maior do mundo.

Com relação a agricultura familiar, Araujo e Vieira Filho (2018), destacam que a atividade produtiva familiar tem papel importante na geração de renda e emprego na economia, gerando uma maior oferta de produtos no mercado interno. Essas propriedades eram aproximadamente 4,4 milhões e representavam em torno de 84% do total de unidades agropecuárias. Embora esses estabelecimentos garantissem a ocupação de 74% da mão de obra na área rural brasileira, eles detinham apenas 24% das áreas agrícolas, produzindo somente cerca de 34% da produção nacional. Quanto à diversificação da produção familiar, destacam-se feijão, arroz, milho, hortaliças, mandioca e pecuária, alimentos essenciais na dieta dos brasileiro.

Com base nessas informações Antonietti (2015) acrescenta que ao longo dos últimos anos a agricultura brasileira passa por um processo de expansão, observado a partir do aumento do preço das commodities. O ritmo de crescimento acelerado na produção de alimentos fez com que a demanda por fertilizantes aumentasse significativamente, o que por sua vez proporcionou um aumento nos seus preços. Com isso, as empresas nacionais reduziram sua participação neste segmento, tornando a agricultura brasileira altamente dependente da importação de fertilizantes.

Esta expansão da produção nos países centrais teve na agroindústria de insumos e maquinaria agrícola seu carro-chefe. Esta tinha como tripé fundamental a indústria de tratores e maquinarias agrícolas, a indústria química (fertilizantes e pesticidas) e a produção de sementes e matrizes.

Países como os Estados Unidos, local onde a agroindustrialização se deu com mais intensidade, houve políticas de controle de produção e da exportação de excedentes agrícolas que ao mesmo tempo se transformavam numa arma de política externa, tal situação se modifica para países em condições de interiorizar os complexos agroindustriais e modernizar assim suas agriculturas.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Para que os objetivos propostos fossem alcançados, foi estabelecido como metodologia para a pesquisa, um estudo de campo, retrospectivo, com caráter exploratório e abordagem qualitativa dos dados a partir de entrevista semiestruturada.

A pesquisa de campo tem a finalidade de observar os fatos e como eles ocorrem, permitindo separar e controlar as variáveis, além de perceber e estudar as relações estabelecidas (OPAS, 2018).

O estudo retrospectivo ou estudo histórico, prospectivo não concorrente, não concorrente, invertido é descrito por Hochman et al. (2005), como a pesquisa realizada a partir de registros do passado, e é seguido adiante a partir daquele momento até o presente. É fundamental que haja credibilidade nos dados de registros a serem computados, em relação à exposição do fator e/ou à sua intensidade, assim como pela ocorrência da doença ou situação clínica ou do óbito por esse motivo.

A pesquisa exploratória objetiva desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores, visto que, este tipo de estudo busca adquirir familiaridade com o fenômeno pesquisado. Nem sempre há a necessidade de formulação de hipóteses nesses estudos (OLIVEIRA, 2011).

Na perspectiva da pesquisa qualitativa os dados de caracterização apresentados permitem a abordagem sistemática do material abordado. No contexto da análise qualitativa, é possível, por meio dela, conhecer melhor a realidade pela expressão real dos sujeitos, sem direcionamentos, conforme aponta (SEVERINO, 2014).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

Como campo de pesquisa foi determinada a 9ª Região Geoadministrativa do Estado da Paraíba, que integra os municípios de Cachoeira dos Índios, Triunfo, Uiraúna, Bom Jesus, Bernardino Batista, Bonito de Santa Fé, Monte Horebe, São José de Piranhas, São João do Rio do Peixe, Carrapateira, Santa Helena, Poço Dantas, Poço José de Moura, Santa Helena e como município sede a cidade de Cajazeiras, constituindo, deste modo, a Região

Metropolitana de Cajazeiras, instituída pela lei complementar estadual nº 107, de 8 de junho de 2013, contando com uma população superior a 100 mil habitantes.

Quanto a assistência à gestante é importante considerar que na região descrita, a assistência a gestante é inicialmente realizada nas Unidades de Saúde da Família (USF), conforme estabelecido pela Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), com retaguarda na Assistência ao Pré-natal de alto risco, quando necessário, e como assistência hospitalar o Hospital Regional de Cajazeiras que conta com a Maternidade Dr. Deodato Cartaxo como serviço de assistência obstétrica de risco habitual.

O serviço constitui a única referência para a região na assistência obstétrica ao ciclo gravídico/puerperal, bem como urgências ginecológicas e obstétricas, como também atenção ao binômio mãe/filho, promovendo atendimento aos recém-nascidos de até 28 dias de vida. Por ser de caráter Regional, com uma média de 1.800 partos por ano, contando ainda com atendimento à mulher em diversas condições obstétricas, inclusive vítimas de violência sexual.

O serviço conta com 18 leitos obstétricos, incluindo leitos clínicos e cirúrgicos, ambos em alojamentos conjuntos habilitados no Sistema Único de Saúde (SUS) e cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), sala cirúrgica obstétrica, sala de parto, e uma Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCO) com 5 leitos.

Quanto aos serviços assistenciais, a maternidade dispõe de equipe assistencial que atua diariamente, em plantões de 12 ou 24h, estando sempre composta por: equipe de enfermagem, composta por enfermeiro(a) generalista, enfermeiro(a) obstetra e técnicos(as) de enfermagem; 02 médicos(as) obstetras; Pediatra; Assistente social; Fisioterapeuta; Apoio de psicólogo; Técnicas atuantes no Banco de Leite Humano; Apoiadores administrativos.

A estrutura física da maternidade, apesar de antiga, ao longo dos últimos anos vem sofrendo várias adequações, objetivando atender as diversas modificações na legislação no que compete ao atendimento a mulher no seu ciclo gravídico puerperal, bem como ao RN com idade até 28 dias de vida:

Ao chegar na maternidade, os clientes são recebidos por porteiro e recepcionista que nos encaminham ao atendimento de triagem, realizado por enfermeiro(a) obstetra, que faz o direcionamento pertinente para cada caso de forma singularizada.

As gestantes em trabalho de parto ainda não contam com leitos PPP (pré-parto, parto e pós-parto), haja vista a dificuldade relativa à limitação de espaço físico. Assim, são encaminhadas a um ambiente de pré-parto que conta com 04 leitos, e no momento do parto

são encaminhadas a uma sala específica com dois leitos equipados com todo o aparato necessário ao processo assistencial.

Tem-se, ainda, 04 enfermarias que são divididas de modo a atender a demanda, todas que permitem a dinâmica de alojamento conjunto, sendo um pós-parto vaginal com 05 leitos, um pós-parto cirúrgico com 08 leitos, uma de cuidados clínicos, e uma para cuidados clínicos intermediários.

Levando em consideração que a maternidade atende a 15 municípios, alguns que distam cerca de 150km, fez-se necessário a adequação de um ambiente destinado a gestantes em pródromos de trabalho de parto, nascendo, assim, o Espaço Meio do Caminho, evitando que as mulheres se desloquem diversas vezes ao serviço, servindo, ainda, para puérperas de alta hospitalar que permanecem com seus recém-nascidos (RNs) sob cuidados da UCIN. O serviço possui capacidade para acolher três gestantes com seus respectivos acompanhantes e funciona 24 horas por dia, de modo que as mulheres poderão fazer suas refeições, tomar banho e descansar sob os cuidados dos profissionais plantonistas, capazes de atender as demandas e prestar orientações quanto aos cuidados com o bebê, técnicas de amamentação e direitos sociais.

Se considerar a localização do município, tem-se uma distância aproximada de 300km para o serviço de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) mais próximo, de modo que foi necessário organizar a unidade de cuidados intermediários neonatal (UCIN) que é uma unidade semi-intensiva, destinada aos recém-nascidos com risco médio de complicações e que necessitam de assistência contínua. O referido setor foi ampliado em 2016 para melhor atender as necessidades das demandas próprias e configurar suporte para a quarta macrorregião. O serviço conta com 05 leitos de cuidados intermediários neonatais habilitados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), porém ainda não habilitado ao Sistema Único de Saúde (SUS), sendo mantido, exclusivamente pelos recursos próprios do hospital.

4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

População é o conjunto de seres que apresentam pelo menos uma característica em comum. As pesquisas sociais abrangem um universo de elementos muito grande que se torna impossível considerá-lo em sua totalidade. Por esse motivo, nas pesquisas são muito frequente trabalhar com uma amostra, ou seja, com uma pequena parte dos elementos que compõem o universo. Quando um pesquisador seleciona uma pequena parte de uma população, espera que

ela seja representativa dessa população que pretende estudar (PRODANOV; FREITAS, 2013).

A pesquisa foi realizada *in loco* na Maternidade Dr. Deodato Cartaxo, sendo aplicada no período de fevereiro a abril de 2020 para todas as gestantes atendidas no local.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

São definidos como critérios de inclusão: gestantes que se declararam agricultoras e que se dispuseram a participar da pesquisa por livre e espontânea vontade após aceitação formal em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em respeito a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), de modo que o n amostral só poderá ser definido a partir de uma análise prévia do panorama atual da população proposta. São critérios de exclusão: gestantes que não procedem do campo, que não se dispuseram a participar da pesquisa, que declararem ser agricultoras, mas não laborarem.

4.5 INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta de dados foi um roteiro de entrevista semiestruturado, elaborado pela pesquisadora e que contemplou os objetivos previamente propostos, contando com questões objetivas e subjetivas abordando aspectos pessoais, ambientais e assistenciais relacionados a gravidez.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Para análise de dados, tem-se que os dados qualitativos serão analisados conforme propõe Bardin através da análise de conteúdo, entendida por Mozzato e Grzybovski (2011), como sendo um conjunto de técnicas, na qual se consiste analisar o conteúdo reduzindo a complexidade de uma coleção de textos. A classificação sistemática e a contagem de unidades do texto destilam uma grande quantidade de material em uma descrição curta de algumas de suas características.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Atendendo as premissas básicas de ética em pesquisa, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com seres humanos, através da submissão na Plataforma Brasil como determina a Resolução 466/2012.

O resultado ao longo desse estudo foi apresentado através de um quadro que demonstra características do grupo pesquisado e também através de trechos dos conteúdos encontrados com aporte em discussão científica.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS

Ao buscar fazer análise de dados encontrados após o desenvolvimento da pesquisa proposta entende-se que as atividades desempenhadas na agricultura pelas gestantes atendidas no campo de pesquisa tiveram relação direta com sua gestão e característica de vida.

Os resultados são abordados de maneira discursiva mostrando a realidade vivida por essas mulheres durante o período gestacional, e para não haver identificação do grupo participante, essas agricultoras gestantes são abordadas através da letra G (Gestante) e com um número que identifica a ordem de entrevista realizada.

Nesse contexto os dados são apresentados e revelam o quanto a atividade dessas mulheres, seja na prática laboral comercial ou familiar trazem uma situação diferente de outras mulheres que vivem a fase gestacional, mas que não praticam tal atividade.

Dados sócios demográficos são aqui evidenciados, mesmo não sendo o foco do estudo, sobretudo revelam mulheres que lidam com a agricultura no seu dia à dia e que trazem características etárias que não apontam risco para a gestação. Entre essas mulheres o resultado se mostrou conforme dados agrupados em quadro abaixo.

Tabela 01: Dados sociodemográficos das gestantes entrevistadas, com as seguintes variáveis: faixa etária, estado civil, escolaridade, fonte de renda, local de trabalho próprio e da família, renda total da família, quantidade de pessoas que vivem com a renda familiar.

Faixa Etária	Frequência (f)	Porcentagem (%)
15 - 25 anos	26	52%
25 - 35 anos	15	30%
35 - 45 anos	09	18%
Estado civil	f	%
Solteira	07	14%
Casada	15	30%
União estável	26	52%
Viúva	02	4%
Escolaridade	f	%
Nível superior completo	04	8%

Nível superior incompleto	06	12%
Nível médio completo	08	16%
Nível médio incompleto	10	20%
Nível básico completo	06	12%
Nível básico incompleto	15	30%
Analfabeto	01	2%
Fonte de renda	<i>f</i>	%
Agricultura	19	38%
Pecuária	09	18%
Agropecuária	04	8%
Benefício do governo	18	36%
Local de trabalho próprio e da família	<i>f</i>	%
Próprio	11	22%
Empregado	16	32%
Meeiro	17	34%
Arrendamento	06	12%
Renda total da família	<i>f</i>	%
Menos de 1 salário mínimo	05	10%
1 salário mínimo	24	48%
2 salários mínimos	12	24%
Não sabe ou não quis informar	09	18%
Quantidade de pessoas que vivem da renda familiar	<i>f</i>	%
Uma	04	8%
Duas	08	16%
Três	06	12%
Quatro	06	12%
Cinco	04	8%
Seis ou mais	22	44%
TOTAL	50	100%

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

A tabela 01 apresenta os dados sociodemográficos das gestantes entrevistadas. Assim, com relação a faixa etária, observou-se que 26 (52%) das mulheres têm entre 15 e 25 anos, 15

(30%) têm entre 25 e 35 e 09 (17%) têm idade entre 35 e 45 anos. Nessa variável nota-se uma predominância de mulheres mais jovens quando comparadas aos demais grupos etários. Quanto ao estado civil, 26 (52%) estão em uma união estável, 15 (30%) são casadas, 07 (14%) são solteiras e somente 02 (4%) são viúvas.

No que diz respeito a escolaridade, a maioria das entrevistadas, 15 (30%), têm nível básico incompleto, 10 (20%) têm nível médio incompleto, 08 (16%) apresenta nível médio completo, 06 (12%) possuem nível superior incompleto e nível básico completo, 04 (8%) têm o nível superior completo e somente 01 (2%) é analfabeta.

Tendo em vista o perfil das gestantes entrevistadas na presente pesquisa, nota-se discrepâncias com o estudo desenvolvido por Cremonese et al. (2012), de acordo com às características maternas os autores observaram que a maioria das mães tinha idade entre 20-39 anos (77,8%), escolaridade ≤ 8 anos de estudos (79,3%), e tendo relatado ser casada (62,9%). Esse perfil tão distinto em ambos os estudos, pode ser justificada pelo tipo e local onde foram realizadas as pesquisas, uma vez que Cremonese e colaboradores coletaram seus dados na região Sul, o que por sua vez, demonstra que o Brasil por ser um país continental apresenta singularidades em cada uma das suas regiões.

Quando se refere a fonte de renda, 12 (38%) sobrevivem da agricultura, 18 (36%) tem benefício do governo, 09 (18%) tem a pecuária como fonte de renda e 04 (8%) a agropecuária. Ao serem indagadas acerca do local em que trabalhavam, 17 (34%) relataram trabalhar no meeiro, 16 (32%) trabalham como empregados, 11 (22%) têm o serviço próprio e 06 (12%) por arrendamento.

Com relação a renda familiar, 24 (48%) recebem 1 salário mínimo, 12 (24%) têm 2 salários mínimos, 09 (18%) não sabem ou não quiseram informar a renda da família e 05 (10%) recebem menos de 1 salário mínimo. Ainda nessa perspectiva, no que diz respeito a quantidade de pessoas que vivem desta renda, observou-se que 22 (44%) possuem seis ou mais pessoas dependentes da renda, 08 (16%) têm duas pessoas dependentes, 06 (12%) três e quatro dependentes, respectivamente, e 04 (8%) têm um e cinco.

A tabela 02, exposto adiante, trará os dados referentes ao local de origem e de moradia das gestantes, como também, a situação habitacional de cada uma delas.

Tabela 02: Local de origem das gestantes, local de moradia e situação habitacional.

Procedência	f	%
Bernardino Batista	02	4%

Bom Jesus	03	6%
Bonito de Santa Fé	04	8%
Cachoeira dos Índios	04	8%
Cajazeiras	05	10%
Carrapateira	02	4%
Joca Claudino	03	6%
Monte Horebe	03	6%
Poço Dantas	04	8%
Poço José de Moura	02	4%
Santa Helena	04	8%
São João do Rio do Peixe	04	8%
São José de Piranhas	03	6%
Triunfo	03	6%
Uiraúna	03	6%
Local de moradia	f	%
Zona urbana	13	26%
Zona rural	37	74%
Situação habitacional	f	%
Casa própria	20	40%
Casa alugada	23	46%
Casa cedida	07	14%
TOTAL	50	100%

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

O local de origem das mulheres que participaram da pesquisa, permeou todas as cidades inerentes a 9ª Gerência de Saúde do Estado da Paraíba com 05 (10%) das gestantes são oriundas do município de Cajazeiras; 04 (8%) são de Bonito de Santa Fé, Cachoeira dos Índios, Poço Dantas, Santa Helena e São João do Rio do Peixe; 03 (6%) são de Bom Jesus, Joca Claudino, Monte Horebe, São José de Piranhas, Triunfo e Uiraúna; e, 02 (4%) são de Bernardino Batista, Carrapateira e Poço José de Moura. Destas, 37 (74%) residem na zona rural e 13 (26%) moram na zona urbana. Com relação a situação habitacional, 23 (46%) vivem em casa alugada, 20 (40%) em cada própria e 07 (14%) em casa cedida.

5.2 QUESTÕES PERTINENTES AOS OBJETIVOS DO ESTUDO

A Tabela 03 irá apresentar os dados referentes a quantidade de horas trabalhadas durante a gestação, bem como também, o contato dessas gestantes com substâncias tóxicas e a procura por algum serviço após a exposição.

Tabela 03: Horas trabalhadas, Trabalho durante a gestação, Contato com substâncias tóxicas, Procura por algum serviço após a exposição.

Horas trabalhadas	<i>f</i>	%
3 a 5 horas	40	80%
5 a 7 horas	07	14%
7 a 9 horas	03	6%
Trabalho durante a gestação	<i>f</i>	%
Sim	41	82%
Não	09	18%
Contato com substâncias tóxicas	<i>f</i>	%
Sim	12	24%
Não	38	76%
Procura por algum serviço após a exposição	<i>f</i>	%
Sim	12	100%
Não	-	-
TOTAL	12	100%

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Em conformidade com esses dados, encontramos que 40 (80%) das mulheres trabalham de 3 a 5 horas, 07 (14%) têm de 5 a 7 de trabalho e 03 (6%) trabalham de 7 a 9 horas diárias. Ao falarem sobre a permanecerem trabalhando na agricultura ao longo da gestação, 41 (82%) confirmam tal prática e 09 (18%) não confirmam. Isso é um determinante para as análises que se seguem.

Marchiori e Ferraz (2016) juntam-se a essa discussão apresentando os dados inerentes ao seu estudo, o qual possibilitou perceber que as agricultoras trabalham em média sete horas por dia, mas o tempo de trabalho varia de acordo com a função exercida, podendo chegar a

dez horas diárias na pecuária leiteira. Três participantes são assalariadas, as demais trabalham auxiliando o cônjuge ou familiares.

Em relação ao tempo de horas trabalhadas as mulheres revelam um índice elevado, entretanto, dentro do que é considerado comum a um trabalhador seja em qualquer atividade laboral. Porém, a atividade na agricultura por ter a peculiaridade de exigência de esforço físico e exposição a sol excessivo, principalmente considerando a região estudada, nos revela que essas mulheres apesar de estarem se resguardando para não exercer práticas elevadas, carregam na contramão dessa prática um acentuado percentual de cotidiano no plantio e na colheita.

Ao serem questionadas quanto ao tipo de substâncias às quais teve contato, as gestantes entrevistadas informaram em sua maioria que tiveram contato com substâncias tóxicas, porém esse contato apesar de ser acentuado, revela um quantitativo reduzido para o risco de contaminação, isso porque 12 (24%) informaram que manuseavam tais produtos e 38 (76%) não manuseavam.

É imperativo destacar que as gestantes informam que ao longo desse contato mantinham os cuidados necessários a sua utilização, e informavam ainda que faziam uso de leite por acreditarem que tal substância inativava qualquer ação dos produtos utilizados.

Os recortes das falas abaixo trazem a ideia do que foi apresentado pelas entrevistadas:

“Não minha filha, é só usar leite” G1

“O leite resolve tudo” G33

“Tomo um copo de leite e pronto” G 17

Como habitualmente reproduzido culturalmente, para o senso comum, o fato de fazer uso de leite inativa qualquer ação maléfica que possa surgir em decorrência do contato com alguma substância. Essa prática advém de períodos remotos, considerando que é reproduzido ao longo dos anos e da história.

Essas mulheres informam que têm cuidado no manuseio e mesmo com cuidado fazem uso do leite, elas trazem também o que está apresentado em uma das falas, que o leite saído diretamente do animal vaca ou cabra podem favorecer a inatividade de qualquer substância tóxica que possam ter contato.

Apesar de todos entenderem a importância da presença do leite em nossas vidas, e da necessidade de consumi-lo para que possamos ter acesso não só as proteínas do leite, mas a todos os seus derivados, algumas famílias não mantêm essa prática, e lamentavelmente isso acontece porque o acesso ao produto é limitado por questões sociais e econômicas.

Além do mais, o leite não tem uma receptividade favorável na faixa etária posterior aos dez anos, há o consumo, mas não uma aceitação para esse grupo, e poucos estudos têm avaliado essa aceitação.

O leite tem ingestão também entre outros grupos etários, a exemplo de adultos e idosos. Porém no Brasil, dados da última Pesquisa de Orçamentos Familiares mostraram que o consumo de leite, está aquém do recomendado, e também traz uma recomendação curiosa quando se trata da análise da importância por populares, ou seja, as pessoas acreditam que o leite traz a inativação de qualquer substância maléfica ao organismo. Isso gera o descaso com a própria saúde, pois analisam que podem consumir ou se expor a qualquer produto na possibilidade de usar o leite antes ou depois de tais ações. Isso se traduz em elevadas prevalências e inadequação de condutas. Na realidade a ingestão do leite traz benefícios relacionados às possíveis vitaminas e cálcio. E a inativação de intoxicações através do leite não é exatamente como populares acreditam, quer seja, líquidos de maneira geral favorecem a diluição e excreção de substâncias, sejam elas tóxicas ou não (ABEP, 2010; MADRUGA; ARAÚJO, 2008).

Na perspectiva de compreender a quais produtos essas mulheres tiveram acesso foi questionado sobre o tipo de produto utilizado por aquelas que tiveram contato com substâncias no cotidiano da agricultura.

As falas revelaram em grande escala o uso de adubo, em especial o ikimono, que segundo as entrevistadas tem produtos tóxicos e pesticida, elas referem a necessidade de utilização “para matar formigas e bichos que aparecem nas hortaliças”. De acordo com pesquisas, o ikimono deve ser visto como um adubo Organomineral, produzido através da Cultura de Microrganismos Eficientes que provém da natureza brasileira, isso porque sua produção é extraída da Mata Atlântica. Esse produto é totalmente orgânico, sua principal característica está relacionada ao enriquecimento do solo. Esse produto tem a função de imitar a ação da natureza, ou seja, através da ação de microrganismos, pode fornecer às plantas todas as propriedades que precisam para sobrevivência.

Ao serem questionadas quanto a presença de sintomas ou outras manifestações clínicas após exposição a essas substâncias, as gestantes revelaram que se deu da seguinte maneira: 12 (100%) sentiram náuseas; 11 (92%) boca seca, 08 (66,6%) coceira no corpo, 07 (58,3%) tonturas e 02 (16,6%) vômitos e visão turva, respectivamente, como pode ser observado no Gráfico 02, exposto abaixo.

Gráfico 02: Sintomas durante a exposição

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

É importante salientar que nessa questão, foram assinaladas mais de uma resposta por questionamento, visto que, as gestantes apresentaram duas ou mais manifestações clínicas, após a exposição a essas substâncias todas as mulheres procuraram um serviço de saúde. Assim, pode-se elucidar que esses sintomas são comuns quando há contaminação com os produtos citados, entretanto ao contato cauteloso tais sintomas podem ser evitados.

Com relação aos dados sobre possíveis exposições aos agrotóxicos, o presente estudo corrobora com a pesquisa desenvolvida por Silva et al. (2019) que verificaram que 21,7% das entrevistadas confirmaram que eram aplicados agrotóxicos nas hortas ou pomares de suas residências. Porém, somente três gestantes (13%) conheciam os agrotóxicos utilizados nas lavouras, como é o caso do inseticida tiametoxan (neonicotinoide, classe toxicológica III), o herbicida glifosato (glicina substituída, classe toxicológica IV) e o inseticida clorpirifós (organofosforado, classe toxicológica II).

Partindo dessa discussão, pode-se entender que alguns sintomas da intoxicação com produtos químicos e biológicos podem estar presentes, a exemplo de hálito com odor, modificação na coloração dos lábios e do interior da boca, dependendo do agente causador, dor, sensação de queimação na boca, garganta ou estômago, sonolência, confusão mental ou outras alterações de consciência, náuseas, vômitos e diarreia.

Ao contato, as entrevistadas revelam que ao sentirem sintomas tiveram a iniciativa de procurar o serviço de saúde mais próximo considerando que o ocorrido poderia ocasionar efeitos maléficos ao feto.

“Senti umas coisa... Corri logo.” G19

“Minha filha teve medo do meu filho morrer.” G32

“Uma agonia e me tremendo.” G 41

Dentre as atividades de agricultura desempenhadas estão o plantio de produtos variados, a exemplo de coentro, tomate, alface, jerimum, milho, feijão verde, feijão de corda, jerimum, algodão, cebolinha verde, milho, entre outros. Além destes, a colheita de capim para o gado é comum entre esse grupo.

Todavia, apesar de presente nas atividades da agricultura, as mulheres revelam que na maioria das vezes, fazem tal atividade apoiadas por outra pessoa, como se segue as falas a seguir.

“Ajudo meu companheiro a plantar e apanhar capim pru gado” G3

“Meu sogro e meu marido quem abrem as roças” G9

“Ajudo no roçado e planto feijão e milho com meu filho mais velho e meu marido” G15

“Vou ajudando capinando e apanhando as coisas que já estão maduras na horta” G40

As falas revelam que as mulheres tem atividade na rotina da agricultura, mas, revelam também que essas práticas não são executadas por elas sozinhas demonstrando o quão valorizam o período gestacional, respeitando que apesar da gestão ser um sinal de saúde exige cuidados relacionados a mãe e bebê.

Esses cuidados envolvem o cuidado com os riscos que atividades exaustivas podem acarretar para o período gestacional. Nesse sentido, Robles (2015) destaca que na expansão da categoria "risco" verifica-se tanto no campo da medicina clínica, como em toda a saúde pública brasileira, envolvendo a atenção básica. No âmbito da saúde, a noção se insere num processo mais amplo, de transição entre uma medicina clínica ligada ao passado do paciente (anamnese) a outra fundamentada na previsão de futuras patologias (probabilidades). Percebe-se uma mudança importante na perspectiva temporal, relativa aos métodos e práticas de trabalho na área da saúde.

No Brasil atual é preciso considerar que a categoria sanitária considerada risco tem tido um aumento acentuado, e vem se expandido de forma abrupta. Esse risco apresenta-se como modalidade de uma atuação que vem sendo desenvolvida no cotidiano acerca da gestão da vida e da saúde (NEVES, 2008).

A Tabela 04 irá expor os dados gestacionais das mulheres, contemplando desde as orientações no pré-natal até o número de gestações, partos, nascimentos, consultas e possíveis intercorrências durante o parto.

Tabela 04: Dados gestacionais com as seguintes variáveis: Orientações no pré-natal sobre os riscos das atividades agrícolas na gestação, Número de gestações, Número de partos, Número de abortos, Número de nativos, Número de natimortos, Tipo de parto anterior, Intervalo interpartal, gravidez planejada, realizou pré-natal, número de consultas pré-natal, intercorrências durante o pré-natal

Orientações no pré-natal sobre os riscos das atividades agrícolas na gestação	<i>f</i>	%
Sim	36	72%
Não	14	28%
Número de gestações	<i>f</i>	%
1ª gestação	16	32%
2ª gestação	10	20%
3ª gestação	14	28%
4ª ou mais gestações	10	20%
Número de partos	<i>f</i>	%
1 parto	11	22%
2 partos	20	40%
3 partos	14	28%
4 ou mais partos	05	10%
Número de abortos	<i>f</i>	%
1 a 2 abortos	40	80%
2 a 3 abortos	10	20%
Número de nativos	<i>f</i>	%
1 a 2 nascidos vivos	24	48%
2 a 3 nascidos vivos	16	32%

3 a 4 nascidos vivos	10	20%
Número de natimortos	<i>f</i>	%
1 a 2 nascidos mortos	49	98%
2 a 3 nascidos mortos	01	2%
Tipo de parto anterior	<i>f</i>	%
Parto vaginal	19	38%
Parto cesariano	31	62%
Intervalo interpartal	<i>f</i>	%
1 a 2 anos	25	50%
2 a 3 anos	14	28%
3 a 4 anos	07	14%
Mais de 4 anos	04	8%
Gravidez planejada	<i>f</i>	%
Sim	11	22%
Não	39	78%
Realizou pré-natal	<i>f</i>	%
Sim	47	94%
Não	03	6%
TOTAL	50	100%
Se sim, número de consultas realizadas	<i>f</i>	%
2 a 4 consultas	03	6,5%
4 a 6 consultas	32	68%
6 a 8 consultas	12	25,5
TOTAL	47	100%
Intercorrências durante o pré-natal	<i>f</i>	%
Sim	18	36%
Não	32	64%
TOTAL	50	100%

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Quanto aos dados expostos na Tabela 04, ao observar as orientações no pré-natal sobre os riscos das atividades agrícolas na gestação 36 (72%) das gestantes garantiram receber tais informações, enquanto que 14 (28%) não receberam nenhuma informação.

A respeito das orientações dos profissionais, Marchiori; Ferraz (2016) explicam que para que a assistência pré-natal ocorra de forma efetiva, é necessário a realização de práticas educativas, individual e coletivamente, de modo que as ações de educação em saúde proporcionem a troca de saberes e transformem a realidade.

Nesse sentido, ainda apoiando-se no pensamento de Marchiori; Ferraz (2016) os riscos a saúde das gestantes no trabalho rural torna-se imprescindível que os profissionais orientem e incentivem-nas para algumas práticas que devem garantir sua segurança, como por exemplo, utilizar protetor facial para proteção contra impactos de partículas volantes e contra radiação ultravioleta; óculos para proteção dos olhos contra radiação ultravioleta e partículas volantes; vestimentas para proteção do tronco contra riscos de origem meteorológica; luvas para proteção das mãos contra agentes biológicos e escoriantes; calça para proteção das pernas contra agentes escoriantes; calçado para proteção dos pés contra agentes cortantes perfurantes, escoriantes e biológicos; e peça semifacial filtrante para proteção das vias respiratórias contra poeiras e névoas, quando expostas a poeiras e pesticidas e protetor solar contra a radiação ultravioleta.

No que se refere ao número de gestações, 16 (32%) estavam na 1ª gestação, 14 (28%) na sua 3ª gestação e 10 (20%) estavam na sua 2ª e 4ª ou mais gestação. O número de partos evidenciou que 20 (40%) tiveram 2 partos, 14 (28%) 3 partos, 11 (22%) 1 parto e 5 (10%) tiveram 4 ou mais partos. Ao serem indagadas sobre o tipo de parto anterior, o parto cesariano foi o mais lembrado por 31 (62%) das gestantes e o parto vaginal foi citado por 19 (38%) das mulheres.

Fazendo um paralelo entre o estudo de Cremonese et al. (2012), nota-se similaridades, como com relação ao número de gestações onde cerca de 98% das gestações foram únicas, tendo 98,9% dos partos ocorrido em hospitais, entretanto, quando associado ao tipo de parto observa-se uma divergência entre os dois estudos, visto que na pesquisa feita por Cremonese et al. (2012) 57,5% foi resultado em parto normal.

Com base em Zanardo et al. (2017) os partos hospitalares representam 98,08% dos partos realizados na rede de saúde e, entre os anos de 2007 e 2011, houve um aumento de 46,56% para 53,88% de partos cesáreas. Essa epidemia de cesarianas no Brasil se baseia na ideia de que a qualidade do atendimento obstétrico está associada à tecnologia utilizada no

parto operatório. Desse modo, o incremento das cesáreas nos últimos anos acaba sendo relacionado com fatores sociodemográficos e culturais.

Com relação ao número de abortos, 40 (80%) sofreram de 1 a 2 abortos e 10 (20%) tiveram de 2 a 3 abortos. Observou que o estudo em questão apresenta a média de aborto muito alta, o qual conseguiu ser maior que o valor encontrado por Silva et al. (2019) o número elevado de casos de aborto na amostra, o que representou 34,8%. Esse percentual é superior ao encontrado para o Brasil (25%) e entre os fatores associados à etiologia dos abortos, está a exposição por xenobióticos, como por exemplo, os agrotóxicos. Dos oito casos de aborto detectados, destaca-se que seis ocorreram entre as gestantes residentes na zona rural e dois na zona urbana.

Em virtude da dificuldade de algumas mulheres terem acesso a um serviço de referência ao primeiro sinal de complicação durante a gravidez, acaba fazendo com que esse total de abortos exceda inclusive a média nacional.

Ao relacionar o número de nativos, observou-se que 24 (48%) tiveram de 1 a 2 nascidos vivos, 16 (32%) tiveram de 2 a 3 nascidos vivos e 10 (20%) tiveram de 3 a 4 nascidos vivos. Já com relação aos natimortos, 49 (98%) tiveram de 1 a 2 nascidos mortos e 01 (2%) tiveram de 2 a 3 nascidos mortos.

De acordo com Nascimento et al. (2018), entre o período de 1990 e 2010, o Brasil reduziu a Razão de Mortalidade Materna (RMM) de 141 para 68 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, o que representa uma redução de 51%. Tais dados em relação à mortalidade infantil, houve decréscimo de cerca de 40% desses óbitos nas últimas duas décadas. Em 1990, a mortalidade infantil era de 26,6 óbitos por 1000 nascidos vivos, e em 2010, de 16,2 óbitos por 1000 nascidos vivos.

Diante de todas essas explicações, Tomasi; Facchini (2017) atrela-se a essa discussão abordando a importância do pré-natal de qualidade, que por sua vez, pode ser capaz de diminuir a morbidade e a mortalidade materno-infantil, uma vez que a identificação do risco gestacional pelo profissional permite a orientação e os encaminhamentos adequados em cada momento da gravidez. Em 2014, cerca de 40% dos 10.446 óbitos infantis e neonatais evitáveis ocorridos no Brasil estavam relacionados à inadequação da atenção à gestação.

O intervalo interpartal em sua maioria foi de 1 a 2 anos relatado por 25 (50%) das entrevistadas, 14 (28%) pariram no intervalo de 2 a 3 anos, 07 (14%) no intervalo de 3 a 4 anos e 04 (8%) no intervalo de mais de 4 anos. Quanto ao fato da gravidez ser planejada, 39 (78%) afirmaram que não planejaram e 11 (22%) disseram ter planejado a gravidez.

Ao serem questionadas se realizaram o pré-natal, a grande maioria 47 (94%) afirmaram que sim e somente 03 (6%) não realizaram. Das 47 gestantes que realizaram o pré-natal, 32 (68%) foram de 4 a 6 consultas, 12 (25,5%) foram de 6 a 8 consultas e 03 (6,5%) foram somente de 2 a 4 consultas. A respeito das intercorrências durante o pré-natal, 32 (64%) falaram não ter tido nenhuma intercorrência e 18 (36%) apresentaram alguma intercorrência, como é o caso de sangramento vaginal, dor em baixo ventre (contrações) e infecção urinária.

Na pesquisa realizada por Costa (2016), pode-se observar que ocorreu um elevado índice de início do pré-natal no primeiro trimestre de gestação, onde a maior parte das gestantes, 53%, passaram por um número igual ou superior a cinco consultas de pré-natal, seguida de 25% com duas, 12% com quatro consultas e 10% com três consultas pré-natal, assemelhando-se assim com a pesquisa realizada.

Costa (2016) ainda explica que embora o Brasil tenha avançado na cobertura de gestantes, ainda é necessário haver uma maior conscientização das mulheres sobre a importância de iniciar o pré-natal assim que confirmarem a gravidez. Para a realização de um pré-natal adequado é preciso que se tenha seis ou mais consultas. É importante destacar também que no Brasil vem ocorrendo uma elevação no número de consultas pré-natal por mulher realizadas no SUS, com um aumento de 1,2 consultas em 1995 para 5,1 consultas em 2003.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mulheres tem um papel social de grande relevância, têm em sua história lutas e conquistas, desafios e esperança. Esse grupo de pessoas tem em sua história discriminação, preconceito, redução de capacidade intelectual e física.

Ao longo da história, até os dias atuais vêm provando que a relação homem/mulher previamente pensada representava ação de preconceito. Assim se fortaleceram, após muitas reivindicações e conquistaram seu próprio espaço.

Mulheres têm suas vidas no contexto individual, familiar, profissional, são nesses contextos, pessoas únicas e ao mesmo tempo coletivas. Desenvolvem suas vidas para si mesmas, comumente em segundo plano, para a família como mães, esposas, donas de casa, líderes, membros, e no contexto profissional como pessoas que executam suas funções, que exercem seu papel de membro de uma equipe, que trazem o sustento para a família ou que complementam a renda familiar.

O fato é que as mulheres são multi, e como apresentado nesse estudo, as mulheres têm papel também na agricultura, estejam sozinhas, estejam em família. Utilizam-se dessa prática para o comércio, para o sustento familiar, para ajudar os mais próximos. Essas mulheres o fazem a todo momento, entretanto, durante a gravidez precisam considerar que há um novo ser que necessita de cuidados e que seu constructo de vida precisa de particular atenção, uma vez que, a gravidez é uma fase onde é necessário cuidado físico (anatômico, fisiológico, nutricional) e psíquico (relações humanas, relações de vida, relações intrínsecas).

Ao correlacionar toda essa vivência ao universo da gravidez e do trabalho na agricultura o estudo demonstrou através dos resultados revelados que além do cuidado com a gravidez ao longo dos seus estágios deve-se haver particular atenção ao trabalho e a correlação desse com a fase vivida.

Diante de tudo que foi apresentado, conclui-se que as mulheres agricultoras podem exercer seu papel de mãe, mulher, profissional, mas precisam de orientação para combater e prevenir possíveis problemáticas relacionadas a desinformação, buscando minimizar os riscos inerentes à sua atividade laboral.

REFERÊNCIAS

ABEP, Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. **Critério de classificação econômica Brasil**. São Paulo: ABEP; 2010.

ANTONIETTI, T. G. **Liberção controlada de nutrientes e novos sistemas para avaliação de espécies químicas empregadas na fertilização**. 2015. 83p. Dissertação [Mestrado]. Universidade Estadual Paulista. Araraquara-SP, 2015. Disponível em: <<https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/126626/000841457.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>.

ARAUJO, D. M. R.; PEREIRA, N. L.; KAC, G. Ansiedade na gestação, prematuridade e baixo peso ao nascer: uma revisão sistemática da literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 747-756, 2007.

ARAUJO, J. A.; VIEIRA FILHO, J. E. R. Análise dos impactos do PRONAF na agricultura do Brasil no período de 2007 a 2016. Disponível em: <<https://www.econstor.eu/bitstream/10419/211361/1/1031922296.pdf>>.

AZEVEDO, P. A. S. Ansiedade em mulheres puérperas. 2018. 48P. Monografia [Graduação]. Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA). Palmas, 2018.

BALSELLS, M. M. D. et al. Avaliação do processo na assistência pré-natal de gestantes com risco habitual. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 31, n. 3, May/Jun., 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002018000300247&script=sci_arttext>.

BRASIL. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

_____. **Portaria 1.459/2011 de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 2011.

BURILLE, A.; GERHARDT, T. E. Doenças crônicas, problemas crônicos: encontros e desencontros com os serviços de saúde em itinerários terapêuticos de homens rurais. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 664-676, 2014.

CONDE, A. A. et al. Ansiedade na gravidez: implicações para a saúde e desenvolvimento do bebê e mecanismos neurofisiológicos envolvidos. **Acta Pediátrica Portuguesa – Revista Oficial da Sociedade Portuguesa de Pediatria**, v. 36, n. 1, p. 41-9, 2005.

COSTA, D. A. **Perfil Socioeconômico e Epidemiológico das Gestantes Atendidas nos Postos de Saúde da Cidade de Bananeiras-PB**. 2016. 94p. Monografia [Graduação]. Universidade Federal de Campina Grande. Cuité, 2016. Disponível em: <<http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/jspui/bitstream/riufcg/7952/1/DEIZY%20ANDRADE%20DA%20COSTA%20-%20TCC%20FARM%20c3%81CIA%202016.pdf>>.

CREMONESE, C. et al. Exposição a agrotóxicos e eventos adversos na gravidez no Sul do Brasil, 1996-2000. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 7, p. 1263-1272, jul., 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csp/v28n7/05.pdf>>.

DIAS, J. A. S. C. **Caracterização da dor lombar numa amostra de grávidas no terceiro trimestre de gestação, em Ponta Delgada**. 2019. 62p. Dissertação [Mestrado]. Escola Superior de Saúde de Alcoitão Santa Casa de Misericórdia de Lisboa - Portugal. Lisboa, 2019.

SCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 21, n. 2, 2007.

FERREIRA, A.P. et al. Impactos de pesticidas na atividade microbiana do solo e sobre a saúde dos agricultores. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 30, n. 2, p. 309-321, jul./dez., 2006.

FRANCO, H. A. et al. Aspectos Associados à Degradação Ambiental e ao Uso de Efluentes na Agricultura do Brasil. **Fronteiras: Journal of Social, Technological and Environmental Science**, v. 8, n. 2, p. 245-263, mai.-ago, 2019. Disponível em: <<https://www.alice.cnptia.embrapa.br/alice/bitstream/doc/1114119/1/AspectosassociadosadegradacaoambientaleaousodeefluentesnaagriculturadoBrasil2019.pdf>>.

GASPARINI, M. F. **Trabalho rural, saúde e contextos socioambientais**: estudo de caso sobre a percepção dos riscos associados à produção de flores em comunidades rurais do município de Nova Friburgo (RJ). Dissertação [Mestrado]. Fundação Oswaldo Cruz: Rio de Janeiro, 2012.

GRANGEIRO, G. R.; DIOGENES, M. A. R.; MOURA, E. R. F. Atenção Pré-Natal no Município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do SISPRENATAL. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 105-111, mar., 2008.

HOCHMAN, B. et al. Desenhos de pesquisa. **Acta Cirúrgica Brasileira**, São Paulo, v. 20, suppl. 2, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-86502005000800002>.

MACHADO, A. F. **Campos informação e educação em saúde na assistência pré-natal em um município de fronteira Foz do Iguaçu**. 2019. 70p. Dissertação [Mestrado]. Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE. Foz do Iguaçu, 2019.

MADRUGA, S. W.; ARAÚJO, C. L.; BERTOLDI, A. D. Frequency of fiber-rich food intake and associated factors in a Southern Brazilian population. **Cad Saude Publica**, v. 25, n. 10, p. 2249-2259, 2009.

MARCHIORI, P. M.; FERRAZ, L. Gestante agricultora: agravos e riscos ocupacionais. **Rev Ter Ocup Univ.**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 190-8, maio/ago., 2016. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/102840/116482>>.

MARCHIORI, P. M.; FERRAZ, L.; OLIVEIRA, P.P. A assistência pré-natal das trabalhadoras rurais na Estratégia Saúde da Família. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 11, n. 12, p. 4970-9, dec., 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/12834/25322>>.

MARIO, D. N. et al. Qualidade do Pré-Natal no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Ciênc. saúde colet.**, v. 24, n. 3, Mar., 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2019.v24n3/1223-1232/>>.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MOREIRA, H. W. D. **Ergonomia no trabalhador rural: a importância do enfoque nos riscos laborais em comunidade agrícola de produção diversificada.** 2018. 19p. Artigo [Mestrado em Sistemas Agroindustriais]. Universidade Federal De Campina Grande. Pombal, 2018. Disponível em: <<http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/jspui/bitstream/riufcg/4837/1/HENRY%20WITCHAEL%20DANTAS%20MOREIRA%20-%20ARTIGO%20-%20PPGSA%20-%20PROFISSIONAL%202018.pdf>>.

MOZZATO, A. R.; GRZYBOVSKI, D. Análise de Conteúdo como Técnica de Análise de Dados Qualitativos no Campo da Administração: Potencial e Desafios. **RAC**, Curitiba, v. 15, n. 4, p. 731-747, Jul./Ago., 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rac/v15n4/a10v15n4.pdf>>.

NASCIMENTO, J. S. et al. Assistência à Mulher no Pré-Natal, Parto e Nascimento: Contribuições da Rede Cegonha. **Revist. Port.: Saúde e Sociedade**, v. 3, n. 1, p. 694-709, 2018.

NEVES, E. M. **Antropologia e ciência: uma etnografia do fazer científico na era do risco.** São Luís: EDUFMA, 2008.

NOGUEIRA, F. A. M.; SZWARCOWALD, C. L.; DAMACENA, G. N. Exposição a agrotóxicos e agravos à saúde em trabalhadores agrícolas: o que revela a literatura?. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 45, nov, 2020.

NUNES, J. T. et al. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 252-261, 2016. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Keila-Gomes/publication/306270536_Qualidade_da_assistencia_pre-natal_no_Brasil_revisao_de_artigos_publicados_de_2005_a_2015/links/581746e608ae90acb242698c/Qualidade-da-assistencia-pre-natal-no-Brasil-revisao-de-artigos-publicados-de-2005-a-2015.pdf>.

OHARA, E.C.C. et al. **Saúde da Família: considerações teóricas e aplicabilidade.** São Paulo: Martinari, 2008.

OLIVEIRA, L. M. L.; TUNIN, A. S. M.; SILVA, F. C. Acolhimento: concepções, implicações no processo de trabalho e na atenção em saúde. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, v.11, p. 362-373, Oct-dec., 2008.

OLIVEIRA, M. F. **Metodologia científica: um manual para a realização de pesquisas em Administração.** Catalão: UFG, 2011.

OPAS, Organização Pan-Americana de Saúde. **Tipos Metodológicos de Estudo**. 2018. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/oer/2018/07/842/aula-1-tipos-metodologicos-de-estudos_2.pdf>.

PAIM, J. et al. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. The Lancet, 2011.

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

REZENDE, J. **Obstetrícia**. 11 ed. São Paulo: Ed. Guanabara Koogan, 2010.

ROBLES, A. F. Da gravidez de “risco” às “maternidades de risco”. Biopolítica e regulações sanitárias nas experiências de mulheres de camadas populares de Recife. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 139-169, 2015.

ROCHA, C. G. G. **Determinantes Sociais da Saúde no cuidado pré-natal: um olhar multiprofissional na atuação da Atenção Primária**. 2020. 102p. Dissertação [Mestrado]. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2020.

SALVARO, G. I. J.; LAGO, M. C. S.; WOLF, C. S. “Mulheres agricultoras” e “mulheres camponesas”: lutas de gênero, identidades políticas e subjetividades. **Psicologia & Sociedade**, v. 25, n. 1, p. 79-89, 2013.

SCOLARI, D. D. G. **Produção agrícola mundial: o potencial do Brasil**. 2005. Disponível em: <<https://ainfo.cnptia.embrapa.br/digital/bitstream/item/160161/1/Producao-agricola-mundial.pdf>>.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 23 ed. São Paulo: Cortez, 2014.

SILVA, M.I.G. et al. Exposição Ambiental/Ocupacional aos Agrotóxicos em Gestantes Residentes em um Município Rural. **Rev Fund Care Online**, v. 11, n. 5, p. 1319-1325, out./dez., 2019. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/7625/pdf_1>.

SILVA, S. N. da. **Perfil de gestão das unidades de produção, com base agroecológica, situadas no município de Laranjeiras do Sul**. 2019. 77p. Dissertação [Mestrado]. Universidade Federal da Fronteira Sul. Paraná, 2019.

THEOPHILO, R. L.; RATTNER, D.; PEREIRA, E. L. Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 11, p. 3505-3516, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n11/1413-8123-csc-23-11-3505.pdf>>.

TOMASI, E.; FACCHINI, L. A. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 3, Abr., 2017. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/csp/2017.v33n3/e00195815/pt/>>.

VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, suppl 1, Ago., 2014. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/csp/2014.v30suppl1/S85-S100/>>.

XIMENES, A. S.; SILVA, J. M.; RODRIGUES, G. M. M. Atuação da enfermagem na assistência ao pré-natal na unidade básica de saúde. **ReBIS Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde. ReBIS [Internet]**, v. 2, n. 4, p. 6-10, 2020.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho et al. Violência obstétrica no brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade**, v. 29, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v29/1807-0310-psoc-29-e155043.pdf>>.

APÊNDICES



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE PRÓ-REITORIA DE
PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO CENTRO DE TECNOLOGIA E RECURSOS
NATURAIS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA AGRÍCOLA**

APÊNDICE I – ROTEIRO DE ENTREVISTAS

Nome: _____

2 - Idade:

- a. 15 a 25 ano ()
- b. 25 a 35 anos ()
- c. 35 a 45 anos ()

3 - Estado civil:

- a. Solteira ()
- b. Casada ()
- c. União estável ()
- d. Viúva ()

4 -Procedência:

- a. Bernardino Batista
- b. Bom Jesus
- c. Bonito de Santa Fé
- d. Cachoeira dos Índios
- e. Cajazeiras
- f. Carrapateira
- g. Joca Claudino
- h. Monte Horebe
- i. Poço Dantas
- j. Poço de José de Moura
- k. Santa Helena
- l. São João do Rio do Peixe
- m. São José de Piranhas
- n. Triunfo
- o. Uiraúna

5 - Escolaridade:

- a. Nível superior completo ()
- b. Nível superior incompleto ()
- c. Nível médio completo ()
- d. Nível médio incompleto ()
- e. Nível básico completo ()
- f. Nível básico incompleto ()
- g. Analfabeto ()

6 - Local de moradia:

- a. Zona urbana ()
- b. Zona rural ()

7 - Qual é a sua situação habitacional?

- a. Casa própria ()
- b. Casa alugada ()
- c. Casa cedida ()

8 - Fonte de renda

- a. Agricultura ()
- b. Pecuária ()
- c. Agropecuária ()
- d. Benefício do Governo Federal ()

9 – Você e sua Família trabalham em local :

- a. Próprio ()
- b. Empregado ()
- c. Meeiro ()
- d. Arrendamento ()

10 - Renda total da família:

- a. Menos de 1 salário mínimo ()
- b. 1 salário mínimo ()
- c. 2 salários mínimos ()
- d. Outras respostas: NÃO SEI

11 - Você ou alguém da sua família recebe algum tipo de auxílio do governo ou do município? (exemplo: bolsa família, renda cidadã, distribuição de leite e/ou cesta básica e outros)

- a. Sim ()
- b. Não ()
- c. Se sim, qual?

12 - Quantas pessoas vivem da renda familiar indicada na pergunta anterior?

- a. Uma ()
- b. Duas ()
- c. Três ()
- d. Quatro ()
- e. Cinco ()
- f. Seis ou mais ()

13 - Quais atividades na agricultura você desempenha?

14 - Trabalha quantas horas por dia?

- a. 3 a 5 ()
- b. 5 a 7 ()
- c. 7 a 9 ()

15 - Continuou trabalhando durante a gestação?

- a. Sim ()
- b. Não ()

16 - Durante as atividades teve contato com substâncias tóxicas?

- a. Sim ()
- b. Não ()
- c. Quais?

17 - Se houve exposição, qual sintoma você observou depois da exposição a essa substancia?

- a. Tonturas ()
- b. Náuseas ()
- c. Vômitos ()
- d. Coceira no corpo ()
- e. Visão turva ()
- f. Boca seca ()
- g. Desmaio ()
- h. Taquicardia ()
- i. Pressão alterada ()
- j. Sangramento vaginal ()
- k. Outros, descrever _____

18 - Você procurou algum tipo de assistência quando sentiu algum desses sintomas?

- a. Sim ()
- b. Não ()

19 - Durante as consultas de pré-natal você foi orientada quanto aos riscos que suas atividades oferecem para sua gestação?

- a. Sim ()
- b. Não ()
- c. Se sim, qual? _____

20 - Dados gestacionais:

- a. Número de Gestações
 - 1ª gestação ()
 - 2ª gestação ()
 - 3ª gestação ()
 - 4ª ou mais gestações ()

- b. Número de Partos
 - 1 parto ()
 - 2 partos ()
 - 3 partos ()
 - 4 partos ou mais ()

- c. Número de Abortos
 - 1 a 2 abortos ()
 - 2 a 3 abortos ()

- d. Número de Nativos – nascidos vivos
 - 1 a 2 nascidos vivos ()
 - 2 a 3 nascidos vivos ()
 - 3 a 4 nascidos vivos ()

- e. Número de Natimortos – nascidos mortos
 - 1 a 2 nascidos mortos ()
 - 2 a 3 nascidos mortos ()

- f. Tipo de parto anterior:
 - Parto vaginal ()
 - Parto cesariano ()

- g. Intervalo interpartal – intervalos entre os partos
 - 1 a 2 anos ()
 - 2 a 3 anos ()
 - 2 a 4 anos () mais
 - de 4 anos ()

- h. A gravidez foi planejada:
 - Sim ()

Não ()

i. Realizou pré-natal:

Sim ()

Não ()

j. Número de consultas pré-natal realizadas durante a gestação:

2 a 4 ()

4 a 6 ()

6 a 8 ()

k. Intercorrências durante a fase pré-natal: Sim ()

Não ()

Quais intercorrências?

l. Houve alguma intercorrências durante os partos anteriores – se a gestante for múltípara.

Sim ()

Não ()

Quais intercorrências?

21 -Local onde Pariu a última vez - onde ocorreu o ultimo parto:

a. Maternidade do Município de Cajazeiras - PB ()

b. Hospital do Município de São José de Piranha - PB ()

c. Hospital do Município de Sousa - PB ()

d. Hospital do Município de Alexandria - RN ()

e. Hospital do Município de Pau dos Ferros - RN ()

f. Hospital do Município de Tenente Ananias - RN ()

g. Hospital do Município de Icó – CE ()

APÊNDICE II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E

ESCLARECIDO Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é intitulada, **GESTANTES AGRICULTORAS E SEUS PROCESSOS LABORAIS: UMA ANÁLISE LOCO REGIONAL EM REGIÃO DO SEMINÁRIO PARAIBANO**, desenvolvida por **MARIA DO SOCORRO GUEDES ESTRELA**, discente do Programa **PÓS-GRADUAÇÃO EM SISTEMAS AGROINDUSTRIAIS**, sob a orientação da Profa. Dra. Anúbes Pereira de Castro. Os objetivos do estudo são de maneira geral: Identificar os riscos ocupacionais no processo de trabalho de gestantes trabalhadoras do campo.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS: A pesquisa respeitará os princípios e critérios éticos, dispostos na Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, levando em consideração a responsabilidade, respeito, e o compromisso em obedecer os preceitos desta Lei, sendo assim todas as informações serão sigilosas e seu nome não será identificado. Por tratar de um estudo que usa na sua metodologia a observação, a pesquisa não envolve a realização de procedimentos invasivos, sendo assim apresenta riscos mínimos tendo em vista que há a possibilidade do participante sentir-se constrangido, caso isso ocorra e o participante não queira mais responder, o pesquisador irá sugerir a suspensão da sua participação, deixando-o a vontade para decidir sobre a continuidade da coleta. Para evitar ansiedade e constrangimento buscaremos preparar a entrevista de acordo com os objetivos da pesquisa, visando não denegrir a integridade física e psicológica do indivíduo, respeitando assim os princípios da pesquisa com seres humanos. Quanto aos benefícios, podemos relatar que a pesquisa trará para o Sra., a comunidade e sociedade em geral, a importância de compreender a relação agricultura, mulher, trabalho e gestação.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: O Sr. (a) será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. O Sr. (a) é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade. Os pesquisadores irão tratar sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa permanecerão confidenciais podendo ser utilizados apenas para a execução dessa pesquisa. Você não será citado (a) nominalmente ou por qualquer outro meio, que o identifique individualmente, em nenhuma publicação que

possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado, assinada pelo Sr. (a) na última folha e rubricado nas demais, ficará sob a responsabilidade do pesquisador responsável e outra será fornecida ao (a) Sr. (a).

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A participação no estudo não acarretará custos para Sra. e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura da Testemunha

Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora: (83) 98792 2917.

Endereço (Programa de Mestrado): UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE/CAMPUS POMBAL.

Telefone: (83) 3431 4000

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador Participante

APÊNDICE III – TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO
PESQUISADOR PARTICIPANTE

EU, **MARIA DO SOCORRO GUEDES ESTRELA**, aluna do curso de Mestrado em Sistemas Agroindustriais da Universidade Federal de Campina Grande responsabilizo-me junto com minha orientador (a), **PROFA. DRA. ANÚBES PEREIRA DE CASTRO**, a desenvolver projeto de pesquisa para conclusão da Pós-Graduação em Sistemas Agroindustriais da Universidade Federal de Campina Grande e a seguir os prazos estipulados pelo programa; comprometo-me ainda em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previsto na resolução 466\12 do conselho Nacional de saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me, também, pelo zelo com o meu projeto de pesquisa, pelo fiel cumprimento das orientações sugeridas pela minha orientadora, nas atividades de pesquisa, e, junto com ela, pelos resultados da pesquisa, para posterior divulgação no meio acadêmico e científico.

Cajazeiras-PB, 01 de outubro de 2020.

MARIA DO SOCORRO GUEDES ESTRELA

ANÚBES PEREIRA DE CASTRO

SIAPE 2502077

ANEXOS

ANEXO I – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

ANEXO II – TERMO DE ANUÊNCIA



ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE
HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS

TERMO DE ANUÊNCIA

O Núcleo de Educação Permanente (NEP) do Hospital Regional de Cajazeiras - HRC, autoriza a Enfermeira Obstétrica Maria do Socorro de Sousa Estrela Guedes a desenvolver seu trabalho de pesquisa na Maternidade Dr. Deodato Cartaxo, para obtenção de título de Mestre, o trabalho intitulado - ***GESTANTES AGRICULTURAS E SEUS PROCESSOS LABORAIS: UMA ANÁLISE LOCO REGIONAL EM REGIÃO DO SEMINÁRIO PARAIBANO*** - será realizada *in loco* na Maternidade Dr. Deodato Cartaxo, sendo o questionário aplicada no período de fevereiro a abril de 2020 para todas as gestantes atendidas no acolhimento desta Maternidade, o NEP ainda dá anuência também a acesso aos arquivos que sejam pertinentes para a obtenção de informações necessárias e que possam subsidiar o desenvolvimento dessa pesquisa.

Cajazeiras 24 de janeiro de 2020

Geilma Barros de Quental

Coordenadora do Núcleo de Educação Permanente – NEP | HRC