

## **Itinerários entre o pré-natal e o parto de mulheres de uma região rural: reflexões para a coordenação de cuidado**

Melina Soares Rodrigues<sup>1</sup>, Paula Giovana Furlan<sup>2</sup>

### **Resumo**

A atenção à saúde no Brasil teve importantes avanços, porém, o desenvolvimento tecnológico-científico trouxe para a assistência à saúde da mulher ênfase em medidas intervencionistas. Regiões rurais enfrentam especificidades em sua dinâmica, como na questão de transporte e acesso. O objetivo deste estudo foi conhecer as especificidades do cuidado às mulheres gestantes pela Atenção Básica à Saúde, moradoras de uma região rural, considerando os itinerários percorridos desde o pré-natal até o parto. A partir da pesquisa qualitativa e análise de dados por meio da hermenêutica crítica, foram entrevistadas mulheres gestantes e os profissionais de duas equipes de Estratégia de Saúde da Família Rural, no Distrito Federal. Aponta-se resultados reflexivos sobre a territorialização, que não considerou a mobilidade espacial e social, dificultando o acesso principalmente à atenção hospitalar. O itinerário destacou a falta de diálogo entre os níveis de atenção. O direito ao acompanhante no parto não foi um desejo da maioria das mulheres, por desconhecimento ou por fatores culturais. Há o desafio de atender às particularidades da atenção no cenário rural, que difere do urbano, devido à dinâmica de mobilidade, por exemplo. A Atenção Básica é enfatizada como um espaço potencial para proporcionar escolhas, informar e articular a rede de atenção.

### **Palavras-chave**

População Rural. Saúde da Mulher. Parto Humanizado. Atenção Primária à Saúde. Integralidade em Saúde.

---

<sup>1</sup> Mestra em Ciências e Tecnologias em Saúde pela Universidade de Brasília, Brasília. E-mail: melinasrodrigues@gmail.com.

<sup>2</sup> Doutora em Saúde Coletiva Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, Brasil; professora associada do Departamento de Terapia Ocupacional na Universidade Federal de São Carlos, São Paulo, Brasil. E-mail: paulagio@gmail.com.

## **Itineraries between prenatal care and childbirth of women in a rural region: reflections for coordinating care**

Melina Soares Rodrigues<sup>3</sup>, Paula Giovana Furlan<sup>4</sup>

### **Abstract**

Healthcare in Brazil has made important advancements, however, technological-scientific development has brought emphasis on interventionist measures. Rural regions face specificity in their dynamics, as the issue of transport and access to social services. The objective of this study was to know the specificity of care for pregnant women in primary health care, living in a rural region, considering the routes traveled from prenatal to delivery. Through qualitative research and analysis hermeneutics pregnant women and professionals from two teams of Rural Family Health Strategy, in the Federal District, were interviewed. Reflective results on territorialization are mentioned, which did not consider spatial and social mobility, hindering access to hospital care. The itinerary highlighted the lack of dialog between health care levels. The right to a companion during childbirth was not a desire of most women, due to ignorance or cultural factors. There is the challenge of meeting the particularities of care in the rural setting, which differs from the urban setting, due to mobility dynamics, for example. Primary Care is emphasized as a potential space to provide choices, inform, and articulate the care network.

### **Keywords**

Rural Population. Women's Health. Humanizing Delivery. Primary Health Care. Integrality in Health.

---

<sup>3</sup> Master in Health Sciences and Technologies, University of Brasília, Brasília-DF, Brazil. E-mail: melinasrodrigues@gmail.com.

<sup>4</sup> PhD in Public Health, State University of Campinas, State of São Paulo, Brazil; adjunct professor in the Department of Occupational Therapy at the Federal University of São Carlos, State of São Paulo, Brazil. E-mail: paulagio@gmail.com.

## Introdução

O parto é caracterizado hoje como um evento médico, patológico, que demanda geralmente atenção médica hospitalar, permeada por procedimentos e protocolos institucionais. Isso faz com que o Brasil seja recordista no número de cesáreas (RUSSO; NUCCI, 2020). Contudo, é também um evento social e cultural, permeado por laços de afetividade, intensidade e transformações, sobretudo na vida da mulher. Em outros momentos da história já foi um evento natural e fisiológico, assistido por parteiras e pessoas da comunidade. Desde o século XX, sobretudo no Ocidente, quando a Medicina Moderna biomédica adentrou a assistência, passou a ser comum a mulher parir sem a presença dos familiares, fora do seu lar, assistida por profissionais da saúde e sob os moldes da instituição hospitalar, com técnicas cirúrgicas, de assepsia, anestésicos e aparatos (CARNEIRO, 2011; DINIZ, 2014; NONATO, 2007).

O ideário de parto humanizado é um conceito polissêmico (CARNEIRO, 2011), que em geral busca por diálogos que sinalizem a importância que tal evento traz à vida da mulher, tendo em vista que o corpo em questão passa, durante toda a gestação, parto e puerpério por profundas transformações físicas, emocionais e sociais para receber uma criança, e isso envolve situações que fazem deste evento um marco único e delicado (RUSSO; NUCCI, 2020). Existe uma crítica em que o excesso de intervenções médicas poderia suprimir o protagonismo da mulher neste cenário, em um momento que é também fisiológico e natural (RUSSO; NUCCI, 2020).

A humanização na saúde foi, nas últimas décadas, um movimento capaz de promover diálogos para que o cenário do parto ocorra em respeito à subjetividade das mulheres. Isso tudo dialoga com teorias feministas diversas<sup>5</sup>, que buscam uma re colocação da maternidade e da posição da mulher frente à sociedade (MORTELARO; CIRELLI, 2021). No âmbito do parto não seria diferente: a busca pelo protagonismo feminino procura equalizar a posição de poder que a mulher ocupa nesse cenário, no qual as intervenções e protocolos médicos possam não suprimir os corpos e desejos femininos. O propósito das ciências ditas feministas seria “atender às necessidades reais das mulheres” e não de institucionalizar práticas que controlam e reduzem os corpos (MORTELARO; CIRELLI, 2021, p. 175).

Dias e Deslandes (2006) também demonstraram que o parto humanizado não se reduz a um conceito único, sendo uma ideia (ou um conjunto delas) que reorienta as práticas de saúde,

---

<sup>5</sup> Não se busca aqui adentrar os meandros de cada uma, entendendo que existe diversidade dentro do movimento feminista, sendo de característica plural. Aqui, enfatiza-se, sobretudo, a relevância do protagonismo da mulher no cenário do parto.

colocando a mulher, com suas individualidades, como protagonista. Um exemplo de uma medida indicada é a garantia da presença do acompanhante e “acatamento dos desejos da mulher expressos em seu ‘plano de parto’, construído ao longo da gestação junto com os profissionais da saúde” (DIAS; DESLANDES, p. 360). A presença de um rosto conhecido ou escolhido, para além da equipe médica, poderia tornar esse evento mais acolhedor para ela.

O acompanhamento no momento do parto, feito por um membro da família ou escolha da mulher, e até por uma doula, pode garantir apoio emocional, encorajamento, massagens ou toques, e *advocacy*, que consiste em ajudar a mulher a expressar suas vontades aos demais (DINIZ, 2014). Hoje, isso tem garantia na Lei Federal n. 11.108/2005, chamada Lei do Acompanhante, que garante a escolha e a presença do acompanhante, indicada pela mulher, nas instituições do Sistema Único de Saúde (SOUZA; GUALDA, 2016).

De outra maneira, ainda é possível citar a problemática na questão da verticalidade das ações ou a segmentação entre os programas no Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, a relação entre Atenção Primária à Saúde (APS) e hospitalar poderia ser de comunicação e complementaridade (BRASIL, 2001).

A APS é o nível em que prioritariamente o serviço de atendimento ao pré-natal deve acontecer no SUS, garantindo o acompanhamento longitudinal e continuado. É prevista a realização de uma série de ações durante o acompanhamento, como: exames clínicos; medições e testes; encaminhamentos a especialistas; atendimentos em grupo; orientações gerais às mulheres; preparo e indicação de hospital para o parto; vacinações; tudo isso desenvolvendo cuidados preventivos e de promoção à saúde, práticas educativas, identificação precoce de riscos à saúde da gestante e do bebê, articulação comunitária (DEMITTO *et al.*, 2015).

Nesse contexto, esse artigo descreve um estudo que objetivou conhecer as especificidades do cuidado em saúde efetivado pela atenção básica às gestantes moradoras de uma região rural, e, sobretudo, entender os itinerários e particularidades desde a entrada na unidade de saúde até o momento do parto, no hospital.

## **Metodologia**

O estudo de campo foi realizado em uma região rural do Recanto das Emas, no Distrito Federal, no período entre agosto e dezembro de 2014. A escolha por essa região se deu pelo fato de no momento da pesquisa as equipes de gestão e atenção básica à saúde participarem de

um processo de reestruturação do trabalho a partir do Apoio Institucional (disparado pela pesquisa identificada abaixo). Para isso, foram entrevistadas 11 pessoas, sendo seis usuárias do serviço e quatro profissionais das Equipes Rurais de Saúde da Família e um gestor da regional em questão. As usuárias dos serviços foram escolhidas para a entrevista de maneira aleatória; foram abordadas e convidadas para participar da pesquisa, com os devidos termos e consentimentos, no momento das visitas da pesquisadora às unidades. Os profissionais e gestores do serviço foram indicados pela equipe para a pesquisa. As entrevistas foram de estrutura aberta, gravadas e transcritas posteriormente.

A pesquisa utilizou a abordagem qualitativa com o referencial da hermenêutica para análise dos resultados (GADAMER, 2013; RICOEUR, 1990), que designa que o processo de compreensão de algo pertence ao ser do que é compreendido (GADAMER, 2013), ativada pela consciência histórica e destacando a tradição sobre o tema. A interpretação acontece “com referência à intenção do autor, à situação cultural e a todos os condicionamentos sociológicos da produção do texto; e, enfim, ao destinatário, primitivo” (RICOEUR, 1990, p. 135). A partir dessa análise, o tema é reconfigurado, permitindo reconstruir interpretações, linguagens e formas de interagir.

Esse estudo fez parte da pesquisa “Cartografia do apoio institucional e matricial no SUS do Distrito Federal: áreas prioritárias da atenção e gestão em saúde e a formação de apoiadores na APS”, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde, Universidade de Brasília 191.003 em 29/01/2013, e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS SES/DF, número 453.476. Todos os participantes aceitaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foram identificados no estudo por números correspondentes à ordem cronológica das entrevistas.

### **Sobre o campo da pesquisa**

O Recanto das Emas (RE) é uma Região Administrativa do Distrito Federal que foi criada em 1993 com o objetivo de atender ao Programa de Assentamento do Governo do Distrito Federal (GDF). Possui uma estimativa de 145.304 habitantes, com renda per capita de R\$803,92 e níveis de escolaridade baixos, sendo que 38,48% da população possui ensino fundamental completo e apenas 5,52% possuem ensino superior (BRASIL, 2015). A rede pública de atenção à saúde possui dez Unidades Básicas de Saúde, sendo duas delas rurais e

uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) (BRASIL, 2018). Com base na Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios, 63,9% da população do Distrito Federal não possui plano de saúde privado, sendo dependente do serviço público de saúde (BRASIL, 2019).

Uma das UBSs Rurais localizava-se a 25 km do centro do RE, na fronteira com a cidade de Santo Antônio do Descoberto-GO. A outra Unidade encontrava-se em um espaço cedido pela associação dos moradores, a poucos quilômetros do centro do RE, e muito próxima à outra Regional Administrativa (Gama).

## **Resultados e Discussão**

### ***População rural, território e acesso aos serviços de saúde***

Segundo Wanderley (2005), existe uma tendência nos estudos sobre população no Brasil em observar o território urbano, desconhecendo as particularidades contidas na população rural, mesmo que o país contenha parte da população morando longe das cidades. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), em 2015, a maior parte da população brasileira, 84,72%, vive em áreas urbanas. Mas, 15,28% dos brasileiros vivem em áreas rurais (BRASIL, 2019).

A permanência no meio rural implica uma série de demandas e características que são próprias dessa população. O acesso a empregos, escolas, acesso a bens e serviços, como o de saúde são movimentos complexos que demandam estratégias efetivas de deslocamento, por exemplo. Por isso, boa parte dessa população, mesmo ainda mantendo articulações locais e comunitárias, ainda necessita fazer um movimento de relação com a cidade (WANDERLEY, 2005).

No espaço urbano, o local de trabalho geralmente não é o mesmo da residência, e há, portanto, maior mobilidade espacial e social (CARMO, 2009). A população rural, por sua vez, organiza sua vida em torno de um espaço bem definido. Além disso, há uma importância ao ambiente doméstico, e conhecimentos, como os trabalhos dos pais, que são herdados pelas gerações posteriores (CARMO, 2009; MENDRAS, 1969).

Não há dúvidas que o espaço rural tem sofrido mudanças decorrentes dos processos de urbanização. As fronteiras entre esses espaços têm ficado cada vez menores. Mas, segundo Carmo (2009), não “é o moderno que invade e coloniza os espaços rurais, nem é a tradição que

se apropria, à sua maneira, dos fenômenos urbanos. Existe uma interrelação constante que depende dos contextos sociais” (CARMO, 2009, p. 264). São processos ativos e dinâmicos, a depender das próprias comunidades. As áreas rurais que fazem fronteira com as cidades tendem a fazer uso do que ela oferece: trabalho, diversão e serviços diversos, aumentando assim a mobilidade espacial nesses meios.

Segundo a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) de 2006 no Brasil, o SUS foi responsável pela assistência pré-natal em aproximadamente 74,8% dos casos e por 77,4% dos partos realizados no período referente à pesquisa no país, contando com diferenças significativas entre as regiões (BRASIL, 2009). Na região Centro-Oeste, a maioria das mulheres (97,9%) teve acesso à assistência ao pré-natal, que é a realização de ao menos uma consulta ao longo da gestação. A PNDS (BRASIL, 2009) mostrou também que a realização de seis consultas ao longo da gestação é menor na população rural. Ao passo que o número de cirurgias cesarianas foi maior na população urbana, aumentando a percentagem de acordo com o nível de escolaridade e a classificação econômica.

A territorialização é utilizada atualmente pelo SUS, especialmente na atenção básica, para definir e delimitar territórios e assim identificar demandas e disponibilizar os serviços de saúde. Por vezes, esses arranjos têm sido feitos de maneira burocrática, não atendendo às particularidades das regiões. Uma perspectiva afinada com a teoria de Milton Santos (2006) nos revela um território vivo e plural, que está em permanente (re)modulação, em constante processo.

O mundo dita uma ordem global, as escalas superiores ou externas à escala do cotidiano. O território funda uma ordem local, a escala do cotidiano, a contiguidade. Os espaços locais tornam-se singulares conforme as possibilidades vividas determinadas por esse jogo. (OLIVEIRA; FURLAN; 2008, p. 240).

Há na delimitação geográfica uma construção histórica, relações socioeconômicas e culturais, e maneiras distintas de habitar, sonhar, viver, trabalhar e realizar trocas sociais (OLIVEIRA; FURLAN, 2008). Um território é uma construção com base em “decisões nacionais”, mas onde pesa também o conteúdo “local”, em que cada lugar ganha dimensões vivas e “real significação” (SANTOS, 2006, p. 184). Assim, coabitam infraestruturas, modos de vivências locais e comunitárias com o que se divide, ordena e organiza em termos nacionais e políticos.

O território percebido na pesquisa por vezes pareceu ter sido delimitado por decisões políticas ou impositivas, ficando a demanda da comunidade local distante dessas decisões, impactando, conseqüentemente, na vivência local desses serviços. Usuários enfrentam desafios em relação ao endereço cedido, pois precisam ocultá-lo para conseguir atendimento. Como consequência, determinada ESF atende muitas pessoas de outra área de abrangência, gerando sobrecarga e alta demanda e colocando em pauta a qualidade da assistência.

Nas equipes entrevistadas, verificou-se uma problemática relacionada ao hospital de referência, que é aquele indicado à gestante pela equipe de pré-natal quando do momento do parto, já que no Brasil a Atenção Básica não é responsável por realizá-lo. Não há hospital ou maternidade na região administrativa em questão, então, a indicação feita é para as mulheres irem ao hospital da Regional Samambaia, uma outra Região Administrativa.

No entanto, o que se verificou é que o hospital de referência não segue a lógica de acesso territorial, em termos de transporte e proximidade das distâncias para as mulheres, que preferem ir para o Hospital da Regional do Gama por essas razões. Três gestantes entrevistadas disseram que pretendiam ter seus filhos no Gama. No entanto, a garantia de acesso a esse hospital não está resguardada, já que elas estão referenciadas para Samambaia.

Isso vem demonstrar uma questão na lógica do pré-natal, em que parece haver uma comunicação insuficiente entre a atenção básica (pré-natal e pós-parto) com a atenção hospitalar, sendo de territórios distintos na contratualização de serviços entre Regionais.

Eu acredito que se fosse um parto humanizado, que já fosse humanizado desde o pré-natal, que a pessoa que fosse acompanhar essa parturiente no pré-natal já fosse a todas as consultas e que o parto humanizado começasse no pré-natal. Aí, seria bem melhor, né. Porque aí ia mostrando no pré-natal como que é o trabalho de parto, né, e tudo, como que acontece. Porque a paciente chega no hospital ela não sabe com quantos centímetros ela vai ganhar neném, com quantos centímetros ela tem que ir pro hospital, com quantos centímetros o hospital vai recebê-la, então, se tudo isso fosse passado já no pré-natal, e essa pessoa que fosse acompanhá-la no parto, que acompanhasse nas consultas, melhoraria e muito o trabalho da gente no pré-parto, né? (Técnica de Enfermagem, Entrevista 11).

Essa fala diz respeito à comunicação do pré-natal com o hospital, sugerindo que inclusive os profissionais fossem os mesmos nos dois momentos de acompanhamento, mas, no serviço público não é assim que ocorre. De todo modo, o pré-natal acontecendo na atenção básica é um espaço potencial de acompanhamento, pois a gestante passa mais tempo tendo consultas, o que possibilita a construção de vínculo com profissionais e os grupos de atendimento e permite a



preparação para o parto, as trocas de informações e a garantia de escolhas para reivindicação de direitos no momento do parto. A fala de uma profissional abordou a construção de referência da atenção básica com o paciente, mesmo quando utiliza outro serviço da rede:

[...] no modelo tradicional, hoje em dia ainda se prima muito por aquela questão de quantitativo de pacientes, linha de produção de atendimento. E na atenção básica não. A gente prima pela qualidade, pela construção do vínculo, né, por entender todo percurso que o paciente tá fazendo dentro da rede, mesmo quando ele precisa de um atendimento mais especializado. E aquele paciente continua sendo seu, mesmo que ele vá referenciado pra um outro serviço (Gestora da equipe, Entrevista 5).

Outra questão a ser pensada sobre isso é sob a ótica da política de vinculação das gestantes ao hospital, que prevê o direito da mulher ao conhecimento e à vinculação à maternidade, que será atendida no SUS, sendo garantido o direito de visitas prévias ao hospital (BRASIL, 2011). Isso é importante, pois garante que elas se sintam familiarizadas com o local onde parirão e oportuniza tirar dúvidas e colher informações, inclusive sobre a presença do acompanhante, os tipos de parto, o contato entre mãe e filho após o parto. Das seis mulheres entrevistadas, nenhuma conhecia o hospital e não sabia desse direito.

As mulheres entrevistadas somente foram informadas sobre o hospital de Samambaia para terem seus filhos, parecendo não haver para elas outras possibilidades de locais, como, por exemplo, domicílio ou Casas de Parto. Na rede pública, ainda não há a opção de assistência ao parto no domicílio, embora ocorra na assistência privada, com um alto custo pelo serviço. Na PNDS 2006 (BRASIL, 2009, p. 163), a percentagem de parto hospitalar no Brasil foi de 98,4%, contando com poucas medidas de conforto à mulher, como práticas para alívio da dor no parto normal, “incluindo massagens, banho morno, analgésicos e anestesia” ocorrendo em apenas 30,4% dos nascimentos, e, ainda, beneficiaram-se mais dessas medidas as mães residentes no meio urbano em relação ao rural, 32,4% e 23,5%, respectivamente.

A construção da rede de atenção deveria levar em conta a produção de territorialidades, formadas por ordenamentos da ordem do cotidiano, da racionalidade local, movidas por necessidades humanas (OLIVEIRA; FURLAN, 2008). Tendo em vista as particularidades de atenção a populações em zona rural, o território e seus deslocamentos poderiam ser enfatizados na composição da rede de serviços, possibilitando real acesso às ações ofertadas.

## ***O acompanhante no parto: desejo e direito?***

Foi possível observar que as mulheres entrevistadas não sabiam ao certo dizer quantos profissionais estavam no momento do parto e tampouco os conheciam, havendo certa rotatividade daqueles que estavam no plantão no momento. Ora elas foram atendidas por estagiários, ora pelos médicos ou enfermeiros. E, de acordo com as usuárias entrevistadas, os profissionais não permaneceram acompanhando-as durante todo o trabalho de parto, e não houve diálogo e presença, mas a realização e cumprimento de procedimentos.

A Lei nº 11.108/2005 prevê a presença de um acompanhante (doula, parteira, marido, familiar) e serve para garantir conforto para a mulher no momento do parto e evitar eventos de violência institucional. Mas verifica-se que o cumprimento dessa medida ainda é baixo. Na PNDS (BRASIL, 2009), a presença de um acompanhante se deu em apenas 16,3% dos partos.

Ainda nessa pesquisa em questão, cinco das mulheres entrevistadas não desejavam a presença do acompanhante no parto, principalmente se fosse seu companheiro, entendendo o fenômeno do parto como algo pessoal, íntimo, privativo, ou a não necessidade de ter um acompanhante no momento do parto:

Eu acho que parto é um momento muito íntimo, ali só você e a criança mesmo, e o médico, sabe. Tipo assim, se fosse no caso meu marido... ai, eu não queria que ele visse, não. Não queria não, não quero, entendeu? Eu prefiro sozinha mesmo (Gestante, Entrevista 3).

Do mesmo modo, os profissionais também apontaram para certa dificuldade em lidar com a questão do acompanhante:

Dependendo do hospital, no caso, vou colocar o Hospital X, né, como referência, que é onde eu vivencio isso. A estrutura física não acomoda a paciente e o acompanhante. [...] Porque acontece demais que a acompanhante, que hoje é lei, a paciente tem um direito de ter um acompanhante na hora do parto, aí ao invés dela ajudar, ela atrapalha a paciente, tanto atrapalha a paciente quanto atrapalha o trabalho da gente também. Com stress, achando que a gente não tá dando assistência devida, né? (Técnica de Enfermagem, Entrevista 11).

Para Brüggemann *et al.* (2016), a aceitação do acompanhante pelas enfermeiras(os) é um facilitador para que isso ocorra de fato, de modo que a aceitação gera a busca dos profissionais

por estratégias e adequações ambientais para que o acompanhante possa permanecer no centro obstétrico, mesmo que a estrutura física não seja favorável.

O desejo de não ter um acompanhante é por questões culturais em expor o corpo? Ou por não haver mais ninguém para acompanhá-la? Seria pelo desejo de querer estar só? Por desconhecimento da lei? Por sujeição a um modelo de cuidado centralizado no poder médico? Um estudo realizado por Aguiar, Oliveira e Schraiber (2013, p. 2.287) revelou que os profissionais muitas vezes reconhecem as “práticas discriminatórias e desrespeitosas no cotidiano da assistência a mulheres gestantes, parturientes e puérperas”, no entanto, tais práticas não são interpretadas por eles como violentas, “mas sim como um exercício de autoridade em um contexto considerado ‘difícil’”, o que leva a uma “banalização da violência institucional que travestida de boa prática” fica “invisibilizada no cotidiano da assistência”.

Brüggemann *et al.* (2016, p. 2.562) nos trazem que, “apesar da legislação brasileira garantir à mulher a presença de um acompanhante de sua escolha, o desconhecimento desse direito pelos usuários não estimula a instituição e os profissionais a se mobilizarem para inseri-lo no cenário assistencial”. Por outro lado, mostra que o acesso a informações no pré-natal instrumentaliza as mulheres a exigirem o cumprimento dessa lei em instituições de saúde que ainda a dificultam.

Em outro relato, uma mulher que já era mãe se emocionou ao contar do primeiro parto dela, quando teve uma pessoa ao seu lado em todo o momento. Ela não a conhecia, mas foi crucial para se sentir acolhida, inclusive a apoiando contra a violência institucional:

Eu não conhecia. Acho que Deus colocou ali na hora e falou, olha, cuida dela (risos). Eu tinha 18 anos na época e eu tava com muito medo, mas assim eu tava ciente do que... tipo assim, que igual o pessoal mesmo fala, os médicos: ‘ah na hora de ter foi bom’. Então, tipo assim, eu tinha que aguentar de qualquer jeito. Então, assim, eu não gritava, eu não chorava, a única coisa que saía era lágrima do meu olho, eu tinha medo de responder ele, pro neném subir e ficar mais difícil. [...] E essa pessoa... Eu procurei ele depois no hospital, eu não achei, acho que ele tava estagiando lá e aí acho que ele deve ter ido pra outro lugar. Ele tava ajudando um parto normal e ele ficou o tempo todo do meu lado, o tempo todo. (Gestante, Entrevista 7).

Nessa fala, percebe-se que o acompanhante, mesmo não sendo uma escolha anterior da mulher, nem um familiar, representou uma figura de segurança e acolhimento durante o parto por ser uma terceira pessoa, além da equipe médica já prevista.

## Considerações finais

A atenção ao parto tem sido atualmente objeto de muitas pesquisas na área da saúde. A busca pelos direitos femininos e pelo protagonismo da mulher na sociedade é um motor para essas inquietações. E o parto entra no âmbito não só do particular, mas de posicionamentos políticos, já que é um fenômeno que envolve e tenciona instituições, como família, cultura, sociedade, medicina.

O campo de debate dessa pesquisa se movimentou entre região rural, atenção básica, territorialização e acompanhamento no parto. Há o desafio de olhar para as particularidades da atenção à saúde no cenário rural, para a composição dos territórios e formação de redes de cuidado. O acesso aos serviços não é o mesmo quando falamos de populações urbanas que contam com os deslocamentos minimizados e a lógica organizacional do território por densidade populacional. Há que se considerar o território em sua dinâmica particular de vida rural.

O debate da questão territorial no SUS tem sido importante para definir equipamentos de saúde que atendam a população de modo equitativo. Um debate que é iniciado pela área da geografia permanece em constante desafio de abrangência de sentidos, de modo que, na prática cotidiana dos serviços, os usos do território não fiquem reduzidos às linhas traçadas nos mapas dos serviços. Há um modo de conhecer, mapear e atuar no território que é de competência dos profissionais da atenção básica e que permanece como desafio às equipes de saúde.

A falta de comunicação entre centros de saúde e as redes de atenção comunitárias (como hospitais, casas de parto ou outras) pode resvalar em uma dificuldade de acesso para a mulher. A atenção básica pode representar um espaço potencial para articulação, coordenação do cuidado, educação, construção de saberes, escolhas informadas e efetivação de direitos, desde que a troca entre os diferentes equipamentos da comunidade ocorra.

A escolha do acompanhante no momento do parto apresentou-se como negativa para a maioria das mulheres e profissionais entrevistados. As mulheres, por desconhecimento da lei ou falta de informação no pré-natal, não responderam a esse direito. Uma marca importante nas entrevistas deste trabalho é que a narrativa dessas mulheres, de região rural, com poucos anos de escolaridade, muitas vezes foi marcada pela dúvida ou simplesmente pela ausência de respostas, demonstrando a dificuldade em elaboração ou abstração do pensamento sobre suas subjetividades, escolhas, reconhecimento de seus corpos e sobre o que viria a ser melhor para

elas no período de gravidez e parto.

Uma limitação importante é a dificuldade de achados sobre território rural e as ESF no Brasil. Há estudos com equipes rurais, mas focadas em populações quilombolas ou ribeirinhas, por exemplo. No entanto, estudos em equipes rurais, mas que são próximas e atravessadas pelos centros urbanos são escassos. São exigidos, portanto, mais esforços em conceituar e delimitar tais arranjos.

Uma observação sobre o estudo é que a ação de campo da pesquisa ocorreu no ano de 2014. Alguns fatos evidenciados, como o tipo de assistência à saúde prestada, podem ter sido modificados ao longo desse período, dada a natureza de a dinâmica social ser constante. No entanto, a temática, a análise dos dados e o diálogo com estudos da área continuam contemporâneos por indicar a importância da APS como articuladora do acesso à assistência pré-natal, parto e puerpério, ressaltando as especificidades das mulheres de comunidades rurais, e em tempos de desmonte das políticas públicas sociais. No conjunto, o acesso à rede de atenção à saúde contribui para a humanização do parto, a humanização da atenção em saúde e para a redução dos riscos de mortalidade materno-infantil, sendo a APS um espaço possível de planejamento, informação, construção de vínculos e coordenação do cuidado em rede.

## Referências

AGUIAR, J. M.; OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, p. 2287-2296, 2013. Doi: 10.1590/0102-311x00074912. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/BHJvS6Sws6DJJkY6XFTk3fs/?lang=pt>. Acesso em: 12 mar. 2022.

BRASIL. Governo do Distrito Federal. **Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – Recanto das Emas – PDAD 2015**. Brasília-DF, 2015. Disponível em: <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/02/PDAD-Recanto-das-Emas-1.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2022.

BRASIL. Governo do Distrito Federal. **Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – PDAD 2018**. Brasília-DF, 2019. Disponível em: [https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2019/03/PDAD\\_DF-Grupo-de-Renda-compactado.pdf](https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2019/03/PDAD_DF-Grupo-de-Renda-compactado.pdf). Acesso em: 12 mar. 2022.

BRASIL. Governo do Distrito Federal. **Relação das Unidades Básicas de Saúde do Distrito Federal**. Brasília-DF, 2018. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/02/UBSGeral.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006**: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2009. 300 p. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds\\_crianca\\_mulher.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf). Acesso em: 12 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticos de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2001. 199 p. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf). Acesso em: 12 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2011. 82 p. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_mulher\\_principios\\_diretrizes.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf). Acesso em: 18 mar. 2022.

BRUGGEMANN, O. M. *et al.* Possibilidades de inserção do acompanhante no parto nas instituições públicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 21, p. 2555-2564, 2016. Doi: 10.1590/1413-81232015218.16612015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/WPfJ3kRhvzQXjmDfX78tY9N/?lang=pt>. Acesso em: 12 mar. 2022.

CARMO, R. M. A construção sociológica do espaço rural: da oposição à apropriação. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 21, p. 252-280, 2009. Doi: 10.1590/S1517-45222009000100011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/soc/a/hcYtqJZYnq9Lk86HKbhLhgg/?lang=pt>. Acesso em: 12 mar. 2022.

CARNEIRO, R. G. **Cenas de parto e políticas do corpo**: uma etnografia de práticas femininas de parto humanizado. 2011. 341 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/Acervo/Detalhe/838379>. Acesso em: 12 mar. 2022

DEMITTO, M. O. *et al.* Gestação, parto e puerpério: práticas e tabus de mulheres participantes de grupos no pré-natal. **Revista Cultura del Cuidado**, Pereira-Risaralda, v. 12, n. 2, p. 6-21, 2015. Disponível em: <https://revistas.unilivre.edu.co/index.php/cultura/article/view/3833/3213>. Acesso em: 12 mar. 2022.

DIAS, M. A. B.; DESLANDES, S. F. Humanização da assistência ao parto no serviço público: reflexão sobre os desafios profissionais nos caminhos de sua implementação. *In*: DESLANDES, S. F. (org.). **Humanização dos cuidados em saúde**: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. p. 351-370.

DINIZ, C. S. G. *et al.* Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, 2014. Doi: 10.1590/0102-311X00127013. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/YwCMB4CMGHxLtbMtzgnhJjx/?lang=pt>. Acesso em: 12 mar. 2022.

GADAMER, H. **Verdade e Método I**: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. 13. ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2013.

MENDRAS, H. **Sociologia rural**. Rio de Janeiro: Zahar, 1969.

MORTELARO, P. K.; CIRELLI, J. F. Corpos em relação: contribuições das epistemologias feministas para uma prática obstétrica situada. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 1, p. 168-180, out. 2021. Doi: 10.1590/0103-11042021e113. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/BRjXDRQfxHbCNGSpvPtFmvk/?lang=pt>. Acesso em: 12 mar. 2022.

NONATO, T. R. **Humanização do parto nos contextos público e privado no Distrito Federal**. 2007. 229 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Departamento de Sociologia, Universidade de Brasília, Brasília-DF, 2007. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/3237>. Acesso em: 12 mar. 2022.

OLIVEIRA, G. N.; FURLAN, P. G. Coprodução de projetos coletivos e diferentes "olhares" sobre o território. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (org.). **Manual de práticas de Atenção Básica**: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 247.

RICOEUR, P. **Interpretação e ideologias**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.

RUSSO, J. A.; NUCCI, M. F. Parindo no paraíso: parto humanizado, ocitocina e a produção corporal de uma nova maternidade. **Interface**, Botucatu, v. 24, 2020. Doi: 10.1590/Interface.180390. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/Q9CWrhkFjsRGYryBYrj5ddG/?lang=pt>. Acesso em: 12 mar. 2022.

SANTOS, M. **A natureza do espaço**: técnica e tempo, razão e emoção. 4. ed. São Paulo: Edusp, 2006. (Coleção Milton Santos).

SOUZA, S. R. R. K.; GUALDA, D. M. R. A experiência da mulher e de seu acompanhante no parto em uma maternidade pública. **Texto & Contexto**: Enfermagem, Florianópolis, v. 25, n. 1, 2016. Doi: 10.1590/0104-0707201600004080014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/Sg7K3tTsB4MHLWZm4mH4tTs/?lang=pt>. Acesso em: 12 mar. 2022.

WANDERLEY, M. N. B. Olhares sobre o "rural" brasileiro. **Raízes**: Revista de Ciências Sociais e Econômicas, Campina Grande, v. 23, n. 1/2, p. 82-98, 2005. Doi: 10.37370/raizes.2004.v23.236. Disponível em: <http://raizes.revistas.ufcg.edu.br/index.php/raizes/article/view/236>. Acesso em: 12 mar. 2022.

Submetido em 8 de setembro de 2021.

Aprovado em 26 de fevereiro de 2022.