

A SAÚDE DA MULHER E A NOVA CADERNETA DA GESTANTE: UM PALCO DE INTERAÇÕES E DISPUTAS NA IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DO/NO CORPO DA MULHER

WOMEN'S HEALTH AND THE NEW BOOKLET FOR PREGNANT WOMEN: A STAGE FOR INTERACTIONS AND DISPUTES IN THE IMPLEMENTATION OF PUBLIC POLICIES ON/IN THE WOMAN'S BODY

RESUMO

Um grande palco de tensões e contestações está ocorrendo desde a extinção da política pública do Rede Cegonha (2011), que ocorreu no mês de abril de 2022 e a implementação de sua substituta, a Rede de Atenção Materno Infantil (RAMI). A primeira medida tomada pela RAMI foi o lançamento de uma Nova Caderneta da Gestante, em maio de 2022, documento considerado preocupante e retrógrado para pesquisadores e profissionais da saúde que se preocupam com a assistência humanizada. O objetivo deste estudo esteve focado em analisar se a Nova Caderneta está ou não alinhada a um dos principais pilares da saúde que é a humanização do nascer a partir da perspectiva do protagonismo feminino. Para isso, foi realizada a análise da antiga (2011) e da nova caderneta (2022), buscando entender as características e especificidades de cada uma. Também recorremos a *netnografia* para entender as interações realizadas na rede social *Instagram*, por profissionais e pesquisadores da área da saúde que se posicionavam contra a implementação da RAMI e da Nova Caderneta. Os dados das cadernetas foram triangulados a partir de documentos do Ministério da Saúde e de órgãos internacionais que deveriam ser tomados como parâmetro na criação destas políticas. Autores que refletem sobre a sociologia do corpo e corporeidade foram utilizados a fim de compreendermos as concepções sociais dos corpos grávidos e a relação com saúde. Os resultados indicaram que a Nova Caderneta não está alinhada aos pilares da assistência humanizada, tirando o protagonismo feminino e o direito de a mulher Ser protagonista da sua saúde e bem estar. Além do mais, difunde e incentiva práticas obstétricas, antes rotineiras, mas que atualmente se mostraram sem nenhuma evidência científica. Por isso a importância de pensar a implementação de políticas públicas que respeitem a diversidade e a multiplicidade dos corpos e sejam inclusivas.

Palavras-chave: Saúde da Mulher. Políticas Públicas. RAMI. Caderneta da Gestante. Rede Cegonha.

Vitória Duarte Wingert

Doutoranda em Diversidade Cultural e Inclusão Social (Universidade Feevale) Mestra em Processos e Manifestações Culturais. Historiadora. Bolsista PROSUP/CAPES na Universidade Feevale. ORCID 0000-0002-6514-4502. Email: vitoriawingert@hotmail.com

Jacinta Sidegum Renner

Doutora e mestre em Engenharia de Produção (UFRGS). Fisioterapeuta pela Universidade Feevale. professora/pesquisadora do Programa (Doutorado e Mestrado) em Diversidade Cultural e Inclusão Social na Universidade Feevale. ORCID 0000-0002-9904-4710. Email: jacinta@feevale.br

ABSTRACT

A great stage of tensions and disputes has been taking place since the extinction of the public policy of Rede Cegonha (2011), which occurred in April 2022, and the implementation of its substitute, the Rede de Assistência Materno Infantil (RAMI). The first measure taken by RAMI was the launch of a new booklet, in May 2022, a document considered worrying and retrograde for researchers and health professionals who are concerned with humanized care. The objective of this study was focused on analyzing whether or not the new booklet is aligned with one of the main pillars of health, which is the humanization of birth from the perspective of female protagonism. For this, the analysis of the old (2011) and the new booklet (2022) was carried out, seeking to understand the characteristics and specificities of each one. We also resorted to netnography to understand the interactions carried out on the social network Instagram, by professionals and researchers in the health area who were against the implementation of RAMI and new booklet. Data from the booklets were triangulated based on documents from the Ministry of Health and international bodies that should be taken as a parameter in the creation of these policies. Authors who reflect on the sociology of the body and corporeality were used in order to understand the social conceptions of pregnant bodies and their relationship with health. The results indicated that the new booklet is not aligned with the pillars of humanized assistance, taking away the female role and the right of women to be protagonists of their health and well-being. Furthermore, it disseminates and encourages obstetric practices, which used to be routine, but which are currently without any scientific evidence. Hence the importance of thinking about the implementation of public policies that respect the diversity and multiplicity of bodies and are inclusive.

Keywords: Women's health. Public policy. RAMI. New booklet. Stork Network

Introdução

O movimento das mulheres, no que tange aos direitos reprodutivos e sexuais vem crescendo e ganhando visibilidade na contemporaneidade. Este processo de luta por direitos, não é uma pauta nova, se levado em consideração que movimentos feministas vem crescendo exponencialmente desde a abertura democrática, com o final da ditadura civil militar no Brasil (1964-1985). Porém, atualmente, as bandeiras de lutas feministas ganham mais visibilidade em função das mídias sociais. Militantes e ativistas, conseguem através de uma rede de curtidas, comentários e compartilhamentos, engajar e divulgar informações em tempo real, fazendo com que mulheres dos diferentes pontos do país e do mundo, saibam o que vem sendo discutido e tragam suas vivências e pontos de vista para a roda de discussões virtuais. Esta ampla divulgação de informações, está fazendo com que vários grupos possam acompanhar mais de perto pautas de seu interesse e manifestar-se, favorável ou contrariamente em relação a elas. Um fenômeno social, por nós observado, diz respeito a mudança nas políticas públicas do parir, nascer e cuidados materno-infantil, ocorridas no Brasil em 2022. Tais medidas

vêm sendo amplamente discutidas, rebatidas ou defendidas por diversos profissionais da área da saúde, mulheres e ativistas do movimento de humanização do nascer.

Esta pesquisa busca, para além do fisiológico, compreender o ato de parir e nascer, enquanto fenômeno social, e como palco de disputa entre diferentes áreas do conhecimento, que têm uma mesma finalidade: o direito da mulher que vai parir sobre o seu corpo e da integridade da criança que vai nascer. Ao adentrarmos esta trama social de criação de políticas públicas relacionadas diretamente a sexualidade e direitos reprodutivos da mulher, é preciso compreender que elas estão intrinsecamente ligadas com a *corporeidade* da mulher, entendendo este conceito como proposto por David Le Breton (2012, p.7), “um fenômeno social e cultural, motivo simbólico, objeto de representações e imaginários”. Entende-se também este corpo feminino, como um dispositivo histórico (FOUCAULT, 1988), uma vez que será o principal motivador na construção de políticas públicas relacionadas aos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres, o que vai impactar diretamente na assistência que ela estará recebendo em seu pré-natal, parto e puerpério. A construção destas legislações, estão intrinsecamente ligadas com o entendimento de corporeidade que os legisladores possuem dentro deste vasto campo simbólico de representações.

Em termos de Brasil, a política pública que legislava sobre a assistência materno infantil, era a chamada *Rede Cegonha*, implementada em 2011. Porém uma reviravolta inesperada ocorreu no início do ano de 2022 e mobilizou diversos setores e profissionais que trabalham/pesquisam o parir e nascer no Brasil. O Diário Oficial da União, através da Portaria nº 715, de 04/04/2022, instituiu uma nova política pública para legislar os nascimentos no país, chamada *Rede de Atenção Materno Infantil (RAMI)*. Como sua primeira ação, a RAMI lançou, na véspera do *Dia das Mães do Brasil* (04.05.2022), a *Nova Caderneta da Gestante*. A caderneta é o documento mais completo e de mais fácil acesso que se tem sobre a gestação. A caderneta do Sistema Único de Saúde (SUS), é utilizada para as usuárias do SUS e é o principal instrumento de educação perinatal que as brasileiras têm acesso. É um documento fundamental para o registro de todos os procedimentos e exames realizados, bem como para monitorar a evolução da gestação. A caderneta foi totalmente reformulada, em comparação a antiga, tanto em sua estética quanto em seu conteúdo.

A partir deste novo modelo de assistência implementado, observamos a mobilização de vários profissionais da saúde e ativistas do nascer que consideraram a Portaria 715/2022 um retrocesso com o sistema de saúde obstétrico, materno-fetal e com a saúde das mulheres. Segundo eles, o governo acabou de forma arbitrária e sem justificativa, com a *Rede Cegonha*, a mais bem-sucedida política pública de assistência ao pré-natal, parto e puerpério do Brasil. A nova caderneta da gestante também vem sendo fortemente criticada, pois traz informações desatualizadas, relativiza a violência obstétrica, e vai contra os pilares da humanização do nascer propostos pela Organização Mundial da Saúde (1996).

Nossa pesquisa se propõe a analisar e comparar o conteúdo da nova Caderneta da Gestante, triangulando com discussões ligadas ao corpo e à maternidade. Debater a implementação destas políticas públicas como o RAMI ou a nova Caderneta, é

fundamental no cenário atual. Como resultado, estas medidas impactam não apenas na educação perinatal, em larga escala, do país, visto que majoritariamente as mulheres que estão gestando são usuárias do SUS. Mas também influencia na assistência que mãe e recém-nascidos vão receber na hora do parto e pós-parto, o que é impactado e impacta diretamente em como este corpo feminino é concebido e se vai ou não sofrer algum tipo de violência. Carecemos de um olhar atento e advindo do campo histórico-cultural para analisarmos estas novas implementações que legislam os corpos femininos, pois para além do biológico, fisiológico e patológico, estas políticas da área da saúde impactam diretamente nos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, se tornando uma pauta extremamente relevante para os estudos interdisciplinares.

Historiografia do parir e nascer no Brasil

Iniciaremos nosso percurso pela historiografia, a fim de compreendermos como a construção social do parir/nascer foi mudando e incorporando novos atores. Estas mudanças, estão intrinsecamente ligadas também, com a mudança da organização familiar, os papéis sociais atribuídos ao masculino e feminino, bem como ao processo de modernização do Brasil. Se nos atentarmos a inferências históricas, observaremos que no período colonial do país o nascimento consistia em uma das principais práticas que envolviam mulheres, que eram por sinal, muito recorrentes nas vidas destas damas, que comumente davam à luz mais de uma dúzia de vezes (HABNER, 2018). Quando chegava o dia do nascimento, *familiar e domiciliar*, assim podiam ser definidos os partos. O processo parturitivo consistia em um ritual de passagem de mulheres e de suas famílias, e não um ato médico. Até o final do século XIX, os partos ocorriam, em sua grande maioria, em domicílios e eram assistidos por parteiras. (TANAKA, 1995)

O cenário, dos nascimentos, começou a se modificar com o avanço dos estudos científicos sobre o corpo humano, fazendo surgir novos profissionais da área da saúde. Formalizando e elitizando saberes dentro de instituições de ensino, como no caso do *Curso de Partos* da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, fundado em 1834, que tinha por objetivo dar instruções médicas a mulheres que desejassem atuar como parteiras. O curso era ministrado e normatizado por médicos homens, entretanto somente mulheres eram admitidas, estas, porém, deveriam ser alfabetizadas e falar francês. Ressaltando o caráter elitizador destas formações, desde sua fundação. Juntamente com o processo de modernização do país, sob roupagem de industrialização, urbanização e progresso, veio a reforma sanitária e higienista, que fazia a “caçada” as *bruxas aparadeiras de crianças*, também conhecidas como parteiras tradicionais, que não possuíam formação formal na área. A era da maternidade científica nascia. A fim de apagar qualquer resquício de atraso da História do Brasil, as novas mães deveriam deixar de lado as credences populares e escutar os doutores. Neste período o Estado teve papel preponderante na organização deste espaço urbano e encarregou-se de fazer as reformas necessárias para transformar a urbanização das cidades.

Juntamente com esta institucionalização, veio o controle do Estado sobre estes corpos e a forma como deveriam se portar. Segundo Michel Foucault (2012), a sexualidade passou a ser um problema público, ou seja, resultou em ações institucionalizadas; a partir de discursos médicos de pedagogos e também das autoridades do Estado, para organizar esses espaços. Esta trama de discursos institucionalizados (FOUCAULT, 2012, p. 28,) nos permite observar a gama de agentes que irão atuar institucionalmente através de uma série de observações, advertências e preceitos com base em valores conservadores. O protagonismo, passa a ser do médico que “faz” o parto, passando a ser o responsável por realizar diversas intervenções, com a finalidade de “auxiliar”, o “corpo frágil”, a dar à luz. Procedimentos, antes nunca utilizados como a episiotomia, a tricotomia, o enema e a indução do parto passaram a ser adotados de modo rotineiro, sem que a indicação destas práticas fosse previamente avaliada por evidências científicas, dando mais poder a equipe médica e tirando a autonomia da mulher, que continuou a ter seu corpo cerceado pelos profissionais, especialistas do nascer.

A partir destas modificações ocorridas nas formas de nascer, pode-se observar que o parto se constitui mais do que um evento fisiológico, mas um evento cultural, que foi e vai se modificando e se ressignificando de acordo com o contexto social da época. Segundo Guacira Louro (2000) os corpos adquirem sentido socialmente, quando têm a inscrição de gênero sob um corpo sexualizado e, citando Foucault, a pesquisadora reafirma que o “dispositivo histórico” da sexualidade é, senão, uma construção social que regula, normatiza e estabelece “verdades” hegemônicas.

Um corpo educado e legislado

Em termos de Brasil, a década de 70 foi conhecida como o período do *planejamento familiar*, onde o governo lançou mão de diversas campanhas e criação de políticas públicas com o objetivo de controlar as taxas de natalidade, que subiam a cada dia, ocasionando diversos problemas de ordem social, além de tentar sanar problemas de desnutrição e mortes ainda na primeira infância. No ano de 1977 foi lançado o Programa de Saúde Materno-Infantil, onde verbas foram investidas em “[...] assistência a maternidade, no tratamento da esterilidade, na suplementação alimentar de gestantes e recém-nascidos e na prevenção de gravidez de alto risco[...]através da distribuição gratuita pelo governo de 2 milhões de caixas de pílulas anticoncepcionais.” (DEL PRIORI, 2014, p.199)

Quando falamos neste processo de gestar e parir, necessariamente teremos a marca do sexo, que traz consigo um constructo normativo e social, como afirma Judith Butler (2000, p.151) “[...] o sexo é parte de uma prática regulatória que produz os corpos que governa, isto é, toda força regulatória manifesta-se como uma espécie de poder produtivo, o poder de produzir — demarcar, fazer, circular, diferenciar — os corpos que ela controla”. A chamada *Segunda Onda do Feminismo*, levantou bandeiras relacionadas a corpo, sexualidade, maternidade e métodos contraceptivos. Embora

este seja um grande movimento de esfera pública, em busca do planejamento familiar e redução no número de filhos, não podemos deixar de comentar que a muito tempo, as mulheres se utilizam de diversos métodos a fim de adiar a maternidade. Seja o casamento tardio, abstinência, coito interrompido, utilização de ervas, chás, etc. (PERROT, 2017). Os infanticídios e abortos também foram utilizados como forma de controle de natalidade. A partir do século XIX, as práticas infanticidas começam a ser cada vez menos toleradas e até punidas com pena de morte, enquanto os abortos, embora não legais, eram (e ainda são) realizados e mais tolerados, uma vez que o feto não era visto, “parteiras, curandeiros, médicos clandestinos, prestavam-se a tal prática, mas faziam as ocultas e em condições sanitárias quase sempre deploráveis, ligadas a clandestinidade” (PERROT, 2017, p.71) Sendo a legalização do aborto, uma das pautas marcantes do movimento feminista na contemporaneidade, quando se trata do Brasil.

Embora as mulheres tenham conquistado, a duras penas, a revolução provinda pela pílula anticoncepcional, fica claro o quanto a maternidade configura-se em uma instituição fictícia imposta e controlada pelo Estado. Tal fato pode ser percebido nas políticas públicas, criadas e construídas no Brasil, onde, vai se falar sobre melhorias no atendimento materno-infantil, direito da gestante e recém-nascido, porém a legalização do aborto ainda é um tabu dentro destes discursos. No Brasil, a Lei do Planejamento Familiar (9.262/1996),¹ prevê que apenas indivíduos que já possuam dois filhos ou mais de vinte e cinco anos de idade podem optar pela esterilização voluntária (ligadura uterina para as mulheres e vasectomia para o homem). A lei também acrescenta que para pessoas casadas, ambos os cônjuges devem concordar com tal decisão. Fica claro o poder que as políticas públicas têm em construir aparatos que naturalizem a condição feminina para reprodução. Muriel Dimem (1997, p.53) disserta que, “O Estado tem duas fontes principais de poder sobre as mulheres. Regula o acesso à base material da procriação, isto é, legisla sobre a contracepção, o aborto e a tecnologia do parto, decidindo quem terá permissão para os mesmos, como e quando”.

Traçando um breve histórico de programas ou movimentos criados com a finalidade de dar assistência à gestação, parto e puerpério, elencamos os seguintes marcos: 1984-Programa de assistência Integral à Saúde da mulher (PAISM); 1993-Organizada pela sociedade civil Rede pela Humanização (REHUNA); 2002- Política nacional de Humanização na Saúde (PNH); 2003- Política Nacional de Atenção Integral e Saúde da Mulher (PNAISM); 2005- Lei do Acompanhante (111.108/2005); 2008- II Plano Nacional de Políticas para Mulheres e 2011- Criação do Rede Cegonha. Observando estes movimentos sociais surgidos em diferentes anos, percebemos que a humanização já vinha sendo debatida desde a década de 90 por instituições sem fins governamentais e formalmente são instituídas pelo SUS em 2002. A humanização do nascer, segundo a documentação do SUS, tem como base três pilares (BRASIL, 2002): Protagonismo feminino; Visão integrativa e interdisciplinar do parto. Evento humano e medicina baseada em evidências. Chegamos à conclusão de que nem todo o parto vaginal (natural, normal) é humanizado. Segundo as diretrizes da OMS e do próprio

¹ Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm> Acesso em 20 de Dezembro de 2022.

MS, um parto para ser humanizado precisa ocorrer com total respeito à mulher e ao bebê, sem nenhum tipo de violência obstétrica. A política pública que garantia, a larga escala, toda esta educação perinatal e parto alinhados com os pilares da humanização, era a *Rede Cegonha*, que através da caderneta da gestante, entregue a toda mulher gestante e usuária do SUS, disseminava um conteúdo com embasamento científico e linguagem de fácil compreensão da população.

Porém no cenário atual (2022), com o desmonte da *Rede Cegonha* e a reformulação da caderneta da gestante, de um lado temos o Estado tentando legislar sob o corpo materno-infantil e suas escolhas, por outro, temos uma comunidade engajada e articulada de mulheres e profissionais que se autodenominam militantes do parto domiciliar. Formando um cenário, bem como um fenômeno social e de saúde pública, riquíssimo de ser explorado.

Percurso metodológico

Esta pesquisa se caracteriza sob o ponto de vista dos seus objetivos como descritiva, onde “[...]os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem que o pesquisador interfira sobre eles”. (PRODANOV; FREITAS, 2013, p.52). Inicialmente, para a caracterização e contextualização da pesquisa, esta se trata de uma análise documental de dados secundários, onde foram analisadas as duas Cadernetas da Gestante (2011 e 2022). Posteriormente, utilizamos a *netnografia* (BRAGA, 2006), que é a etnografia no *ciberespaço*. Através da plataforma *Instagram*, escolhemos, cinco perfis de profissionais da saúde, a fim de compreendermos como pesquisadores e ativistas do nascer estão se posicionando em relação a esta implementação. Os perfis foram elencados por conveniência, mas também por se tratarem de profissionais engajados com a assistência materno-infantil no país. A análise e discussão foi realizada a partir de categorização (MINAYO, 2009), onde o conteúdo do *Instagram* foi analisado através do paradigma qualitativo, onde os posts e comentários foram lidos e relidos, após foram criadas categorias de análises. Os perfis analisados não serão mencionados, a fim de salvaguardar suas identidades. Ao final, foi realizada a triangulação entre os resultados das categorias, o referencial teórico e outros estudos que abordassem a temática em questão. Tanto para os processos de categorização quanto triangulação, utilizou-se Minayo (2009) como referência.

Nova Caderneta da gestante: palco de tensões

A *Caderneta da gestante* é um documento que contempla as *Diretrizes de Boas Práticas na assistência ao pré-natal, parto e recém-nascido*. Estas diretrizes foram formuladas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1996, onde um documento elaborado, norteia e classifica as práticas comuns na condução do parto normal,

orientando para o que deve e o que não deve ser feito no processo do parto. Esta classificação foi baseada em evidências científicas concluídas através de pesquisas feitas no mundo todo. A caderneta é um instrumento interativo e informativo. Interativo pois contém espaços para a gestante e seu/sua parceiro/a fazerem registros e anotações de suas impressões sobre o momento que estão vivendo. Informativo, pois contém orientações sobre a gravidez, trabalho de parto, parto, pós parto e aleitamento materno. A caderneta do Rede Cegonha, vigorou de 2011 a abril de 2021, e quando necessário passou por pequenas atualizações. Quanto a nova caderneta, segundo dados divulgados pelo Ministério da Saúde² (MS) mais de 3 milhões de exemplares da caderneta serão distribuídos aos 26 estados e Distrito Federal em 2022. Os Estados serão responsáveis pela distribuição das Cadernetas para seus municípios. Estima-se que a OMS divulgou que o valor do investimento nessa ação é de cerca de R\$ 5,7 milhões. Além do mais, a RAMI e a nova Caderneta da Gestante, segundo o MS, são uma das medidas adotadas a fim de cumprir com o compromisso assumido pelo Brasil e 192 países na redução das mortalidades materna e infantil na *Agenda Global 2030*, coordenada pelas Nações Unidas (ONU).

Porém, após a divulgação da nova Caderneta da Gestante, um grande palco de tensões começou a se formar em torno do tema, como podemos observar através das redes sociais e através das notas de repúdio publicadas. Como documentamos neste mosaico:

Figura 1: Mosaico de posts do *Instagram*.



Fonte: as autoras.

A discussão teve seu início partindo de discursos proferidos na cerimônia de lançamento da caderneta, ocorrida em Brasília no dia 04 de maio de 2022. Em sua narrativa, o secretário de Atenção Primária à Saúde, censurou o uso do termo

² Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/maio/ministerio-da-saude-apresenta-nova-edicao-da-caderneta-da-gestante> . Acesso em 16 de maio de 2022.

violência obstétrica, defendeu práticas condenadas dentro da obstetrícia como a manobra de *Kristeller*³ e desautorizou os cuidados prestados pelas Casa de Parto, considerando o ambiente hospitalar como único local seguro para se parir. Mediante a isto, encontramos em um dos *Instagrans* analisados, de uma doutora em Ginecologia e Obstetrícia, com mais de 110 mil seguidores uma *Nota de repúdio*⁴ à fala do secretário, considerando suas afirmações sem evidências científicas e um ataque direto ao direito das mulheres. A nota de repúdio foi assinada pela Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade, em conjunto com a Rede Feminista de Ginecologistas Obstetras. A partir desta nota, chegamos à primeira categoria, que é central neste debate, o protagonismo feminino.

A primeira constatação, apontada pelos perfis no *Instagram*, apontam que a nova caderneta não segue o primeiro pilar da humanização do nascer: o protagonismo feminino. A humanização do nascer, segundo a documentação do SUS, tem como base três pilares (BRASIL, 2002): Protagonismo feminino; Visão integrativa e interdisciplinar do parto e medicina baseada em evidências. A luta das mulheres, que busca ser protagonista de seu parto, é uma pauta muito debatida dentro dos grupos de gestantes e puérperas, feministas e ativistas. A antiga caderneta continha o documento que garantia o protagonismo da mulher ao parir, o *plano de parto*. No plano de parto, a mulher poderia descrever como gostaria que seu parto acontecesse, procedimentos que poderiam ou não serem realizados, tanto nela, quanto no recém-nascido, posição preferida para parir, ambientação da sala de parto, orientando a equipe de profissionais e garantido seu protagonismo. Já a nova versão não menciona nada a respeito, ou seja, prevalece a vontade médica. O plano de parto é um instrumento amplamente pesquisado dentro da saúde pública coletiva, e é uma forma de oferecer um maior grau de controle e satisfação no momento do parto, a sua importância está pautada no respeito ao princípio da autonomia, constituindo um processo de reflexão para as mulheres (HIGUEROMACÍAS, 2013). O plano de parto representa o oitavo passo para o pré-natal de qualidade no Brasil (BRASIL, 2013).

Outra questão relacionada sobre sua saúde, é o fato de a mulher ter a opção de escolher uma equipe formada por outros profissionais, que não apenas o obstetra, o que inclui a enfermeira obstetra e a presença de uma doula. Sendo a Enfermeira obstetra a profissional capacitada para assistir partos sem distócia, a doula é quem cuida exclusivamente do bem-estar da mulher; é a “[...] pessoa que dá suporte emocional à mulher intraparto, com treinamento específico sobre fisiologia do parto normal, métodos não farmacológicos para alívio da dor, cuidados pós-natais” (BARBOSA, HERCULANO, ALMEIDA, et. al, 2018, p.421) Enquanto a Caderneta da gestante anterior, incentiva a presença de um acompanhante (já previsto pela Lei Federal nº

3 A manobra de Kristeller consiste na compressão do fundo uterino durante o segundo período do trabalho de parto objetivando a sua abreviação. Foi descrita pelo médico alemão Samuel Kristeller em 1867.

4 A nota de repúdio pode ser lida na íntegra no site da Associação Brasileira de Saúde Coletiva: <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais-abrasco/nota-de-repudio-a-nova-caderneta-da-gestante/66072/>> Acesso em 02 de janeiro de 2023.

11.108/2005) mais a nova versão elimina a doula de cena, afirmando que massagens e conforto devem ser proporcionados pelo acompanhante.

Quanto aos procedimentos realizados no trabalho de parto, a versão anterior apresentava alguns procedimentos e destacava os riscos em realizá-los, desaconselhando sua prática, antes rotineiras, mas que hoje se provaram sem nenhum benefício. Tais como: manobra de descolamento de membranas amnióticas (rompimento da bolsa amniótica pelo médico), episiotomia (corte no períneo) e soro com ocitocina. No caso da ocitocina, os estudos mostram que: “[...] a aplicação venosa é uma prática desnecessária em nascimentos que sigam a via natural, mas que, em face do grande número de intervenções praticadas atualmente. A mais comum delas é o uso de ocitocina sintética.” (CUNHA, 2015, p. 14). Já a nova versão diz que estes procedimentos podem ser realizados, caso a equipe médica ache necessário. Cabe ressaltar que atualmente episiotomia realizada de modo rotineiro, muitas vezes sem consentimento prévio da mulher, já é considerada uma mutilação genital feminina, além de violência obstétrica. Sobre o procedimento:

Episiotomia é um procedimento cirúrgico usado em obstetrícia para aumentar a abertura vaginal com uma incisão no períneo ao final do segundo estágio do parto vaginal. É realizado com tesoura ou bisturi e necessita de sutura. Embora a episiotomia tenha se tornado o procedimento cirúrgico mais comum do mundo, foi introduzida sem muita evidência científica sobre sua efetividade. Por isso, mundialmente, há uma intenção de torná-la um procedimento restrito e não mais rotineiro (ZANETTI et al., 2009, p. 368).

Normalmente este procedimento é feito sem a autorização da mulher (SANTOS, 2014), e desta forma, considerado uma violação dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher e uma violação da integridade corporal feminina. São diversas as complicações provindas desta prática, mas dentre elas se destacam segundo Zanetti et al (2009) são: infecção, hematoma, laceração de períneo de 3º e 4º graus, dispareunia e lesão do nervo pudendo. Pode-se utilizar do conceito de *inscrições corporais* (LE BRETON, 2012, p.59), para referir-se a episiotomia, que nada mais é do que “a marcação social e cultural do corpo que pode se completar pela escrita direta do coletivo na pele do ator”. Assim como em outras culturas, vemos cerimônias de mutilação do clitóris ou prepúcio. Se observarmos, dentro do sistema obstétrico ocidental contemporâneo, onde o índice de cesarianas cresce exponencialmente a cada ano, podemos considerar as cicatrizes provindas deste ato cirúrgico de nascimento como uma *inscrição corporal*, visto que majoritariamente marcará, em forma de cicatriz, o baixo ventre de mulheres-mães. Já as mulheres que pariram de forma vaginal em instituições hospitalares terão a cicatrizes provenientes de episiotomia e do famoso “ponto do marido”, marcando social e culturalmente seus períneos, seria esta uma forma de *inscrição corporal*, a fim de marcar a institucionalização do nascer? Segundo Simone Diniz e Alessandra Chachan, “É chegado o momento de reconhecer as práticas dolorosas, prejudiciais

e não-científicas, adotadas nas maternidades, como problemas de saúde pública e direitos humanos.” (2006, p.88)

Enquanto a Caderneta anterior, continha um quadro comparativo de fácil compreensão apontando os riscos da cirurgia cesariana, apresentando-a como um procedimento invasivo de grande porte, que salva vidas, porém também apresenta riscos, a nova caderneta menciona inclusive a opção de cesárea eletiva. O primeiro erro, mencionado pelos *Instagrans* pesquisados, é o fato de a caderneta se referir a cesariana como *parto cesáreo*. Parto refere-se a nascimentos ocorridos por via vaginal, logo cesariana não é parto, e sim uma operação, como categoriza a *Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC)* no documento intitulado: *Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana* (2015) Além do mais, no documento a CONITEC atenta para a epidemia de cesarianas que o Brasil está enfrentando, “as operações cesarianas tornaram-se o modo de nascimento mais comum, chegando a 56,7% de todos os nascimentos ocorridos no país (85% nos serviços privados, 40% nos serviços públicos)” (BRASIL CONITEC, 2015, p.05).

Além deste fato, a caderneta traz afirmações questionáveis e sem embasamento científico, como: “[...] com o passar do tempo, as técnicas foram aprimoradas, tornando-a um procedimento seguro” (CADERNETA DA GESTANTE, 2022, p.36) e inclusive libera a cesárea eletiva, onde o procedimento é realizado sem nenhuma indicação real: “a hipótese de, após serem explicados os riscos e benefícios de cada tipo de parto, você pode decidir por uma cesariana, nas situações de baixo risco, sem indicação médica (chamada de cesariana a pedido materno)” (IDEM). Entretanto, a caderneta não especifica quais são os riscos deste procedimento cirúrgico de grande porte, pois baseado em evidências científicas se sabe que, “[...] quando realizada sem uma justificativa pode agregar riscos desnecessários sem que haja um benefício claro”. (BRASIL CONITEC, 2015, p.05)

Outro procedimento que coloca em risco o planejamento familiar e direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, é um trecho onde afirmam que a amamentação em livre demanda é método contraceptivo, “existem muitos métodos de evitar filhos [...]. A amamentação exclusiva já oferece uma proteção contra uma nova gravidez até os primeiros 6 meses” (CADERNETA DA GESTANTE, 2022, p.44), porém atualmente não há estudos consistentes que comprovem que a amamentação em livre demanda seja um método contraceptivo eficaz. Estes, entre outros, pontos de discussões estão sendo amplamente comentados nas redes sociais, porém majoritariamente os posicionamentos contrários à Nova Caderneta estão muito bem embasados cientificamente.

David Le Breton (2013, p.76), em sua obra *Adeus ao corpo*, já refletia sobre o imaginário que a medicina moderna possui sobre o corpo feminino. O corpo da mulher é considerando um ambiente de alto risco para o feto, o antropólogo ainda afirma que, “essa explícita repulsa à maternidade (e a mulher?), esse ódio confesso do corpo é o mesmo que leva a controlar mesmo que grosseiramente os processos naturais[...]” Este controle sobre os corpos femininos, começa desde a infância, quando o corpo passa a ser educado para responder a determinado padrão de comportamento e de sexualidade. Do que é permitido ou não, do que é tabu, de qual performance adotar.

Compreendendo a construção da sexualidade, pelo que Foucault (1988), vai definir de *dispositivo histórico*, ou seja, toda a sexualidade vai ser um constructo histórico formado por vários discursos que produzem “verdades”, instauram normas e saberes e na maioria das vezes é legitimado pelo Estado a fim exercer controles sobre os corpos. Tal afirmação e conceito, podem ser exemplificados no universo desta pesquisa, a partir dos diversos relatos sobre violência obstétrica que surgem cada vez mais na atualidade. Violências e estigmas contra o corpo grávido que antes eram vistas com normalidade, tanto pela soberania que se tem sobre todo ato médico, quanto pela falta de informação das mulheres sobre o próprio corpo e os limites do que se categoriza violência.

Quando se fala sobre políticas públicas materno-infantil, fala-se diretamente sobre políticas que produzem e são produzidas, majoritariamente, para corpos femininos de mulheres em processo de se tornarem mães. Para compreender-se as diversas facetas do que é ser mulher-mãe, na sociedade atual, evoca-se o conceito cunhado por Carol Hanisch, de que *o pessoal é político* (1969), ou seja, busca romper com a história dos grandes homens e grandes feitos, e passa a compreender as situações sócio-históricas do micro para o macro, ocorrendo um reconhecimento da esfera da vida privada. A partir das narrativas pessoais, se consegue compreender como as diversas esferas de poder, controle social e violências, perpassam a vida dos sujeitos, construindo o que se denomina história social. Levando em consideração que *o pessoal é político*, fica evidente, ser fundamental, tentar compreender dados apresentados pelo programa *Nascer no Brasil*, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), de 2012, que mostra que 30% das mulheres atendidas em hospitais privados sofreram violência obstétrica, enquanto no Sistema Único de Saúde (SUS) a taxa é de 45%.

Observando a quantidade de narrativas referentes às práticas consideradas como violências, pela pesquisa, se consegue traçar um paralelo com a construção de corpo proposta por Le Breton (2012), que afirma que este é moldado pelo contexto social e cultural que o ator se insere e vetor semântico por onde se evidencia sua relação com o mundo. A história de vida de cada uma destas mulheres que sofreu/sofre e sofrerá com desinformação e/ou violência obstétrica, ficou marcada por este fato, mais do que isto, seu próprio corpo carregará marcas das violências sofridas neste processo de tornar-se mãe. Também é interessante pensar que socialmente mulheres já sofrem estigmas sociais, porém quando gestam, o estigma se modifica. O corpo grávido é visto por uma perspectiva tal qual o *corpo estigmatizado*, trazido por Goffman (1988, p.8). Para o autor, o estigma é a “situação do indivíduo que é inabilitado para a aceitação social plena” e refere-se a “um atributo profundamente depreciativo”. Embora o corpo grávido, não entre em discussão dentro da obra do autor, fica notório a partir dos estudos analisados dentro desta investigação que os conceitos podem ser aplicados ao corpo grávido. Em suma, podemos concluir que o estigma da doença é o que perpassa o *corpo grávido*, e que vai culminar com a infantilização da mulher que vai parir, tirando sua autonomia no que tange a seu corpo e a seu processo fisiológico de parto. Um evento fisiológico passa a ser tratado como patológico. Cabe atentar que estigma do corpo grávido também será permeado por um marcador social, o de raça, uma vez

que, diversos estudos⁵ nos mostram que o corpo da mulher negra será tratado de forma diferente do da mulher branca, em função do racismo estrutural presente neste país.

Hoje, podemos afirmar que a marca da maternidade e do ser mãe já está circunscrito no corpo de mulheres desde seu nascimento, tornando a maternidade algo compulsório. Isto significa que as mulheres desde seu nascimento, são aculturadas e inseridas dentro da instituição. Socializadas com discursos que enaltecem as mães e a maternidade, como exemplo, podemos pensar na primeira infância, onde meninas são presenteadas com brinquedos ditos *de menina*, como bonecas, chupetas, mamadeiras, cozinhas e panelinhas, a fim de já representar seu papel social dentro do jogo simbólico. Porém, só metade da história lhes é apresentada, a carga mental, inúmeras violências físicas e simbólicas que mulheres/mães, sofrem por ocupar esta função, lhes é ocultado. Esta junção de mulher-mãe, foi fundamental na construção dos Estados Coloniais (Lugones, 2014), e nos atenta, para a construção fictícia desta identidade, onde naturalizamos que mulheres querem e devem ser mães, precisam nutrir e ser abnegadas, existem para servir e cuidar. Quão conveniente é ao patriarcado criar papéis sociais a partir do determinismo biológico?

O dilema se inicia antes mesmo da criança nascer, com a procura e a busca por informações de qualidade e assistência digna durante o pré-natal, parto e puerpério, por isso a importância da criação e da implementação de políticas públicas que respeitem a diversidade e a multiplicidade dos corpos e sejam inclusivas.

Conclusão

A partir da discussão e análises levantadas até aqui, inicialmente com a análise do conteúdo das duas cadernetas, partindo da observação de movimentos surgidos na rede social *Instagram*, temos algumas considerações a fazer. A primeira delas se refere aos pilares da humanização do nascer, propostos pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A *Nova Caderneta da gestante*, além de ser arbitrária aos princípios da medicina baseada em evidências, representa um retrocesso no que tange aos direitos sexuais e reprodutivos da mulher.

A análise nos permitiu inferir que, este novo documento, desconsidera que o parto é um evento fisiológico, familiar e protagonizado pela mulher e coloca os holofotes no médico e na instituição hospitalar, transformando o nascimento em um evento patológico, tecnicista e medicalizado. Além do mais a caderneta, cita práticas consideradas retrógradas e rotineiras, que não possuem nenhum embasamento científico para serem realizadas, categorizando-as como passíveis de serem executadas, se o médico assim decidir.

A caderneta é o documento que norteia, majoritariamente, toda a educação perinatal do país, por ser utilizada por usuárias do SUS, neste sentido está contribuindo

5 Como por exemplo o estudo: *A violência obstétrica praticada contra mulheres negras no SUS* (CURRI, RIBEIRO & MARRA, 2020) Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672020000300012> Acesso em 30 de janeiro de 2022

para a desinformação em larga escala, o que é extremamente perigoso, em um país continental onde nem todas as famílias possuem acesso a conteúdo de qualidade, que poderiam ser acessados via internet.

Também ressaltamos que a produção de conteúdo, por pesquisadores e ativistas do nascer é extremamente necessário e valioso, a fim de que pautas sociais de suma importância, como esta, cheguem ao público leigo, que são os principais atores sociais, atingidos com estas medidas.

No que tange à corporeidade, fica evidente que o corpo é o principal mediador de toda e qualquer prática cultural, pois está situado no entrecruzamento de todas as instâncias na cultura. Corpo este, que se modifica e é modificado pelo campo simbólico e sócio-histórico de onde está inserido, mas atenta-se que é importante refletir sobre que corpo e para que corpo estas políticas públicas legislam. No caso da caderneta, será para mulheres-mães, usuárias do SUS, com distintos marcadores sociais, de classe, raça e etnia. Porém unidas por um ponto incomum, todas irão parir dentro de uma sociedade que histórica e culturalmente possui diversos estigmas contra este corpo grávido. E embora existam políticas públicas que visem melhorar a assistência materno e infantil, as pesquisas como *Nascer no Brasil*, apontam que ainda há um longo caminho a ser percorrido.

A nova política pública proposta pela RAMI, amplamente difundida através da Nova caderneta da gestante, valida a violência obstétrica tão denunciada nas instituições hospitalares. Políticas públicas como estas, reforçam o quanto o corpo da mulher ainda é visto, pela medicina, como frágil e defeituoso. Por isso, seria fundamental que a construção destas políticas ocorresse de forma mais democrática e com a participação de mulheres pesquisadoras engajadas com os pilares da assistência humanizada. Para ocorrer inclusão social na área da saúde materno-infantil é urgente uma reformulação, a partir da pergunta: *quem está legislando sobre o corpo das mulheres?*

Referências

BARBOSA, Murillo Bruno Bras; HERCULANO, Thuany Bento; BRILHANTE, Marita de Almeida Assis, et.al. Doulas como dispositivos para humanização do parto hospitalar: do voluntariado à mercantilização. **SAÚDE DEBATE**. RIO DE JANEIRO, V. 42, N. 117, P. 420-429, ABR-JUN 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/m4XQfFVfLC7qZqxxhTyYYDv/?lang=pt&format=pdf#:~:text=A%20palavra%20'doula'%20tem%20origem,p%C3%B3s%20natais%20e%20aleitamento%20materno.>> Acesso em 16 de maio de 2022.

BRAGA, A. Técnica etnográfica aplicada à comunicação online: uma discussão metodológica. **UNIREVISTA**, v.1, n.3, p.1-11, jul. 2006.

BRASIL, **Humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento**. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Brasília/DF, 2002. Disponível em: <<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>> Acesso em 06 de julho de 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. 318 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n° 32).

BRASIL, CONITEC, **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana**. MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Esplanada dos Ministérios, Brasília-DF, 2015. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2016/Relatorio_Diretrizes-Cesariana_final.pdf> Acesso em 16 de maio de 2022.

CADERNETA DA GESTANTE, MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Atenção Primária à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Coordenação-Geral de Ciclos da Vida Coordenação de Saúde das Mulheres, 2022. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_gestante-versao_eletronica.pdf> Acesso em 16 de maio de 2022.

CUNHA, Camila Carvalho Albuquerque. Violência obstétrica: uma análise sob o prisma dos direitos fundamentais. Brasília, 2015. Disponível em: <<https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/6333/2431>> Acesso em 20 de dezembro de 2022

Dimen, Muriel. Poder, sexualidade e intimidade. In A. M. Jaggar, & S R. Bordo (Eds.), **Gênero, corpo, conhecimento** (B. L. Freitas, trad.). Rio de Janeiro, RJ: Record: Rosa dos Tempos, 1997

DINIZ, S. G.; CHACHAM, A. S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões de Saúde Reprodutiva**, v. I, n. 1, 2006, p. 80-91. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1044924/mod_resource/content/1/O%20E%80%9C%20corte%20por%20cima%20e%20o%20D%20o%20o%20E%80%9C%20por%20baixo%20D.pdf> Acesso em 16 de maio de 2022

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I: A vontade de saber**. São Paulo: Graal. 1988

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. São Paulo: LTC. 1988

HABNER, June E. Mulheres da elite. In: PINSK, Carla Bassanezi & PEDRO, Joana Maria (org). **Nova história das mulheres no Brasil** – 1ª ed. São Paulo: Contexto, 2018.

HANISCH, Carol. *The personal is political*. 1969. Disponível em: <<http://www.carolhanisch.org/CHwritings/PIP.html>>. Acesso em 30 de julho de 2022.

HIGUERO-MACÍAS, J.C.; CRESPILO-GARCÍA, E.; MÉRIDA-TÉLLEZ, J.M., MARTÍN MARTÍNEZ, S.R.; PÉREZ-TRUEBA, E.; MAÑÓN DI LEO, J.C. **Influencia de los planes de parto en las expectativas y la satisfacción de las madres**. *Matronas Prof*, v. 14, n. 3-4, p.84-91, 2013.

LE BRETON, D. **Adeus ao corpo, antropologia e sociedade**. 6ª ed. Campinas, São Paulo: Papiros, 2013

LOURO, Guacira Lopes. **O corpo educado: pedagogias da sexualidade**. Belo Horizonte, Brasil: Autêntica, 2000.

LUGONES, María. **Rumo a um feminismo descolonial**. In: *Estudos Feministas*, Florianópolis, 22(3): 935-952, setembro-dezembro/2014.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Editora Vozes, 2009.

DEL PRIORE, Mary. *Histórias íntimas*. 2 ed. São Paulo: Planeta, 2014.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar de, **Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico**, 2ª Ed., Novo Hamburgo - RS, Associação Pró-Ensino Superior em Novo Hamburgo - ASPEUR Universidade Feevale, 2013. Disponível em: <<https://www.feevale.br/institucional/editora-feevale/metodologia-do-trabalho-cientifico---2-edicao>>, acesso em 27 de outubro de 2021.

SANTOS, R. C. S; SOUZA N. F. **Violência Institucional Obstétrica No Brasil: Revisão Sistemática**. Macapá, 2015.

TANAKA, Ana Cristina Andretta. **Maternidade: dilema entre nascimento e morte**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

ZANETTI, M.R.D.; PETRICELLI, C. D.; ALEXANDRE, S. M.; TORLONI, M. R.; NAKAMURA, M. U.; SASS, Nelson. **Episiotomia: revendo conceitos**. *FEMINA* | Julho 2009 | vol 37 | nº 7

Recebido em 03/05/2023.

Aceito em 30/10/2023.