



Corpo, gênero e ciência nas diretrizes da Organização Mundial da Saúde: reflexões sobre corpos grávidos e uma “maternidade positiva”

Fernanda Loureiro Silva¹

Resumo: Nas últimas décadas, o movimento pela humanização do parto no Brasil vem propondo e implementando mudanças na assistência que visam desestimular o “parto medicalizado” e incentivar o uso de práticas “humanizadas”. Estas práticas, respaldadas pelas “evidências científicas”, privilegiam a utilização de tecnologias consideradas mais adequadas em detrimento daquelas tidas como danosas. Essas transformações no modo de parir, e também no de gestar e maternar, que estão no cerne de políticas públicas no Brasil, seguem as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS). Este trabalho busca expor reflexões iniciais acerca de uma publicação norteadora das práticas dos defensores da humanização, disponibilizada no site da OMS. Mais especificamente, irei descrever e analisar algumas intervenções médicas e não médicas realizadas de forma rotineira durante o pré-natal, para buscar compreender como tais intervenções podem influenciar a construção de representações sobre corpos de “mulheres grávidas” e uma “maternidade positiva”.

Palavras-chave: Corpo; Gênero; Ciência; Pré-natal; Maternidade

Introdução

Este trabalho faz parte de uma investigação preliminar sobre um conjunto de recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) que fazem referência à gestação,

¹ Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social (IMS/UERJ). Bolsista FAPERJ. E-mail: fernandaloureirosilva@gmail.com

parto normal e cesariana, para a construção do meu projeto de Tese em Saúde Coletiva no IMS/UERJ. Meu interesse por essas recomendações vem de algumas questões que surgiram a partir da minha pesquisa de mestrado sobre o processo de capacitação de doulas para atuar na assistência ao parto no Brasil.²

As doulas são “novas especialistas” no campo da saúde materno-infantil, cuja função é fornecer informações e oferecer suporte físico e emocional às mulheres durante a gestação, parto e puerpério. Essas profissionais integram o movimento pela humanização da assistência ao parto – um movimento que se configura em torno de um conjunto de valores e proposições que se opõem às formas altamente “medicalizadas” e “intervencionistas” de assistência ao parto. Nas últimas décadas, esse movimento vem propondo mudanças na relação entre a mulher e seus cuidadores, de modo que o “tempo fisiológico das parturientes” seja respeitado (CARNEIRO, 2013), e que seja priorizada a utilização de tecnologia “apropriada” em detrimento daquela considerada “danosa” (DINIZ, 2005).

Na pesquisa de mestrado, observei que minhas interlocutoras (coordenadoras de cursos de capacitação de doulas e instrutores e alunas de um curso) frequentemente faziam referência às “recomendações da OMS” e às “evidências científicas” como fonte de informações de qualidade sobre os processos de gestar, parir e maternar. De acordo com elas, a partir da obtenção de informações “baseadas em evidências científicas atualizadas”, as mulheres podem fazer “escolhas conscientes e informadas”. Além disso, grande parte do conteúdo dos cursos estava baseado na medicina baseada em evidências e nas recomendações da OMS para gestantes de “risco habitual” publicada em 1996³ – “A nossa bíblia é isso”, afirmou uma das coordenadoras durante a entrevista. A partir da avaliação das “melhores evidências disponíveis”, essas diretrizes estabeleceram “normas de boas práticas” para o monitoramento, condução e correção do “processo fisiológico do parto” (WHO, 1996).

Em uma das aulas do curso de capacitação de doulas que observei, ministrada por um obstetra, aprendemos que uma “assistência humanizada” é constituída por três pilares – “melhores evidências científicas”, “experiência clínica” e “características do paciente”

² SILVA, Fernanda Loureiro. Sobre a “porta que abre por dentro”: análise cultural do processo de formação de doulas para a assistência ao parto no Brasil. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

³ Essas recomendações, que se tornaram referência para os defensores da humanização do parto, foram publicadas no Brasil sob o título *Assistência ao Parto Normal: um guia prático*.

– e que, dentro da “hierarquia das evidências”, atualmente as revisões sistemáticas de estudos randomizados (controlados) são consideradas as melhores – afinal, “humanização não se trata de não intervenção; trata-se de intervir quando necessário”, disse o médico. Chamou-me a atenção, no entanto, que nessa aula sobre medicina baseada em evidências, bem diferente do que acontecia nas outras aulas ao longo do curso, em que as alunas participavam bastante trazendo questões e comentários, o grupo assistiu calado e atento, sem fazer perguntas ou esboçar dúvidas.

Por considerar importante refletir sobre a centralidade dessas recomendações e evidências científicas no movimento de humanização – e a regulação moral da maternidade que pode se ocultar aí –, neste trabalho, procuro explorar os ideais de corpo e ciência que permeiam essas diretrizes. Para isso, utilizo como material de análise a publicação *Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez*, disponibilizada no site da Organização. Meu objetivo é descrever e analisar algumas intervenções médicas e não médicas preconizadas pela OMS como parte do pré-natal de rotina. Apoiada nos Estudos de Gênero e Estudos Sociais da Ciência, buscarei apresentar reflexões iniciais acerca de um aspecto específico das recomendações da OMS: a construção científica de representações sobre corpos de “mulheres grávidas” e de uma “maternidade positiva”.

Deste modo, estruturei esse trabalho em quatro partes: na primeira, apresento uma breve discussão sobre a relação entre maternidade e ciência, na segunda, apresento a OMS e meu percurso pelo *website* onde suas recomendações são disponibilizadas. Em seguida, exponho uma análise da publicação e, por fim, apresento algumas reflexões baseadas no material empírico descrito.

Maternidade e ciência no trânsito da história

A relação entre ciência e os aspectos ligados ao modo de gestar, parir e maternar não é recente, tampouco uma invenção do Movimento de Humanização ou da OMS. A construção do ideário da “maternidade científica” – conceito formulado por Rima Apple (1987), para descrever o exercício da maternidade fundamentado em bases científicas, objeto de práticas educativas próprias e supervisionado por médicos – fez parte do amplo projeto reformador da sociedade na primeira metade do século XX.

Ilana Löwy (2018) descreve que, a partir do final do século XIX, a medicina, visando promover o nascimento de crianças saudáveis, amplifica a vigilância dos corpos das mulheres grávidas, sob a forma de “cuidados pré-natais”, por meio da realização de exames (para supervisionar a pressão arterial e o peso, por exemplo), da prevenção e tratamento de infecções e de aconselhamentos sobre dietas e estilos de vida adequados. Amparada na racionalidade científica e “iluminada” da Nova Saúde Pública (CASTIEL e ALVAREZ-DARDET, 2007), tal vigilância se intensifica no século XX ao ponto de se tornar tendência dominante na obstetrícia contemporânea. As práticas e os discursos sobre a saúde de mulheres e bebês, conforme apontam Castiel e Alvarez-Dardet (2007), não se referem somente à dimensão da saúde destes, mas revelam as contingências históricas, políticas e sociais onde foram gerados, e construções normativas claramente marcadas por crenças, valores e interesses específicos – a figura da mãe, nesta passagem, é representada como a “guardiã da moral”, sendo considerada, portanto, a principal responsável pela saúde e bem-estar das crianças no contexto da unidade familiar (LUPTON, 1995).

No Brasil na década de 1920, segundo Freire (2008), medidas de proteção e incentivo à maternidade integraram uma política mais ampla de proteção à família, que visava responder às ansiedades provocadas pela presumida degeneração moral da juventude e despovoamento após a Primeira Guerra Mundial. A maternidade, amparada nos ideais de modernidade e no projeto higienista em pleno vigor naquele período, foi colocada no centro dos debates e acabou por adquirir um novo caráter que ultrapassava a esfera doméstica, configurando-se como uma função pública: “Tratava-se não mais de garantir filhos ao marido, mas sim cidadãos à Pátria” (FREIRE, 2008: 154). Para isso, colocava-se como necessário a adoção de comportamentos e atitudes adequados aos “novos tempos”.

Ainda segundo Freire, os médicos consolidaram seu papel nesse processo por meio da enunciação de um discurso – de base científica – que, ao mesmo tempo, reafirmava uma concepção essencialista de maternidade (como algo inerente à “natureza feminina”) e condenava seu exercício tradicional. Diante da impossibilidade de sustentar a ideologia da maternidade com base apenas na ideia de “instinto natural”, o discurso maternalista passa, progressivamente, a ser investido de um caráter científico, e o exercício da maternidade, a exigir a incorporação de novos conhecimentos. A “ciência” aparece, então, como principal instrumento de autoridade: a valorização social da ciência conferiu um novo caráter ao discurso maternalista, configurando um novo papel feminino, o da “mãe moderna”, e um novo modelo de maternidade, a “maternidade científica”.

As revistas dedicadas ao público feminino, tanto as da década de 1920, analisadas por Freire (2008), quanto as da passagem do século XX para o XXI, analisadas por Schwengber (2007), ao disseminar o discurso maternalista enunciado por médicos, aparecem como importante veículo para a difusão desse ideário e das propostas de comportamentos. No final da década de 1970, como observa Schwengber (2007), houve ainda a emergência de outros saberes (físicos, psicológicos, estéticos, odontológicos, nutricionais e cosméticos) e de uma série de produtos e serviços, como parte de uma rede de cuidados mais ampla e necessária a um “bom” pré-natal. Essa época é marcada pelo aumento no volume de prescrições e pela veiculação da ideia de que “quanto mais cuidados as gestantes assumirem e mais se adaptarem a determinados padrões de cuidados, mais valor agregará” (SCHWENGBER, 2007: 128).

As análises realizadas por essas autoras revelam que as revistas femininas tiveram um importante papel na difusão e popularização de conhecimentos de base médico-científica e nos processos de constituição dos sujeitos, refletindo e moldando, simultaneamente, a função social da mulher como mãe. Observo que, hoje em dia, papel semelhante tem sido ocupado principalmente, mas não exclusivamente, por doulas.

Percurso metodológico pelo *website* da OMS⁴

A OMS é uma organização global fundada, em 1948, com base no princípio de que a saúde é um direito fundamental do ser humano e que todos devem gozar do mais alto padrão de saúde, sem distinção de raça, religião, ideologia política ou condição social e econômica. Partindo da ideia de que a saúde não se limita a ausência de doença ou enfermidade, mas é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social”, o trabalho da Organização, em parceria com países membros, está orientado desde então a promover saúde e bem-estar das populações a partir de intervenções em diversas áreas.

A OMS possui um *website* com versões em seis idiomas (inglês, francês, espanhol, árabe, chinês e russo), onde disponibiliza, entre outras coisas, informações sobre temas de saúde populares e diversas notícias, relatórios e diretrizes. Este site também apresenta *links* para páginas regionais da OMS, que divide o mundo nas seguintes regiões: África, Américas, Sudeste Asiático, Europa, Mediterrâneo Oriental e Pacífico ocidental.

⁴ <https://www.who.int/home#> . Acessado em 18 de maio de 2019.

Antes de acessar o *link* “Publications”, fui na seção “About us” para conhecer um pouco mais sobre a história da Organização e de seus programas relacionados à reprodução humana.

A página do escritório regional da OMS na Europa mostra que nesses mais de 70 anos de atuação a Organização desenvolveu programas para a reabilitação da saúde nos países devastados pela guerra; criou a Classificação Internacional de Doenças; publicou a lista de medicamentos essenciais e aconselhou sobre a utilização responsável de antibióticos; desenvolveu campanhas de imunização para a erradicação de algumas doenças e criou o Regulamento Sanitário Internacional para monitorar e controlar doenças infecciosas graves, como o cólera, febre amarela, varíola e tifo; e definiu metas globais para prevenir doenças não transmissíveis, como o câncer, e controlar fatores de risco para doenças cardíacas e diabetes.⁵

Nas áreas relacionadas à reprodução humana, o destaque é conferido à criação, em 1972, do “Programa especial de pesquisa, desenvolvimento e treinamento em pesquisa em reprodução humana” para realizar investigações sobre saúde e direitos sexuais e reprodutivos; e a implementação de ações específicas para a saúde materna e infantil, a partir do ano 2000, para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM),⁶ e, a partir de 2015, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).⁷ Ao acessar o *link* do programa de pesquisa em reprodução humana, fui redirecionada para a página “Saúde sexual e reprodutiva”. Nessa página, a notícia em destaque, publicada em dezembro de 2018, falava sobre o “aumento alarmante de cesarianas” na Europa nos últimos 20 anos e que, segundo os especialistas reunidos para discutir o tema, estaria “atingindo proporções epidêmicas”. A reportagem aponta as “principais razões de equívoco e con-

⁵ Para mais informações: <http://www.euro.who.int/en/about-us/organization/who-at-70/milestones-for-health-over-70-years>

⁶ Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio foi uma série de oito objetivos – (1) acabar com a fome e a miséria, (2) oferecer educação básica de qualidade para todos, (3) promover a igualdade de gênero e a autonomia das mulheres, (4) reduzir a mortalidade infantil, (5) melhorar a saúde das gestantes, (6) combater a Aids, a malária e outras doenças, (7) garantir qualidade de vida e respeito ao meio ambiente, e (8) estabelecer parcerias para o desenvolvimento – acordados entre diferentes Nações com o objetivo de reduzir a pobreza extrema em todo o mundo até o ano de 2015.

⁷ Série de 17 metas lançadas em 2015, que se baseiam e dão continuidade aos ODM, especialmente no que diz respeito ao combate à pobreza e à fome, e na ênfase no empoderamento de mulheres e meninas como parte do esforço para alcançar a igualdade de gênero. Os ODS reconhecem que a saúde das populações está diretamente relacionada à erradicação da pobreza e da desigualdade, mas também ao crescimento econômico inclusivo e à preservação do planeta.

veniência para escolher a cesariana” e fala ainda que as “mães”, muitas vezes, desconhecem não só os riscos da cirurgia para a saúde delas e de seus bebês, como também os benefícios do parto vaginal. No final da notícia, havia um *link* que redirecionava para a página do *documento Recomendações da OMS: intervenções não clínicas para reduzir as cesarianas desnecessárias*, publicado pela OMS, em língua inglesa, no ano de 2018.

Após essa exploração preliminar, entro na seção de publicações e, desta, sigo para a seção “Diretrizes da OMS”. Nesta seção, é possível localizar os documentos por ano (de 2008 a 2019), por título (em ordem alfabética) ou por tema.⁸ Sigo para o tema “Saúde materna, reprodutiva e da mulher” que apresenta as seguintes categorias: Câncer cervical; Contracepção; Mutilação genital feminina; Gravidez e Nutrição; Gravidez e parto; Prevenção do aborto inseguro; Doenças sexualmente transmissíveis incluindo o HIV; Violência contra as mulheres; e Saúde da mulher.

Na categoria “gravidez e parto”, encontro *links* para 17 diretrizes publicadas entre os anos de 2011 e 2018. Esses documentos abordam assuntos variados, que vão desde ações para “promoção da saúde” (tais como, registros domiciliares da saúde materna, neonatal e da criança, mobilização da comunidade e otimização dos papéis dos profissionais de saúde), passando pela prevenção, triagem e tratamento de determinadas condições de saúde e doença (como pré-eclâmpsia e eclâmpsia, sífilis e uso de substâncias na gravidez), até intervenções para o manejo de situações específicas no trabalho de parto, parto e pós-parto (parto prematuro, trabalho de parto prolongado e hemorragia). Essa categoria apresenta ainda um documento que fala sobre “cuidados pós-natais com a mãe e o recém-nascido”.

Selecionei para análise as 3 recomendações mais recentes que abordam gravidez, parto normal e cesariana: *Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva de gravidez*, publicada em 2016, e *Recomendações da OMS: cuidado intraparto para uma experiência positiva de parto* e *Recomendações da OMS: intervenções não clínicas para reduzir cesarianas desnecessárias*, ambas publicadas em 2018. No entanto, diante do grande volume de dados encontrados nessas diretrizes e do pouco espaço, nesse trabalho, para desenvolver uma análise de cada uma das recomendações, decidi

⁸ Lista de temas: Resistência antimicrobiana; Saúde da criança; Doenças transmissíveis; Saúde Ambiental; HIV / AIDS; Sistemas de saúde; Malária; Saúde materna e reprodutiva e saúde da mulher; Saúde mental e abuso de substâncias; Doenças tropicais negligenciadas; Doenças não transmissíveis; Nutrição; Segurança do paciente; Emergências de saúde pública; e Tuberculose.

me ater, por ora, ao exame de apenas um desses documentos: as *Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva de gravidez*.

Recomendações da OMS para os cuidados pré-natais

Esse documento foi publicado em 2016, no contexto da implementação de uma agenda abrangente para o desenvolvimento econômico, social e ambiental sustentável do planeta até 2030, os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável. Com uma abordagem baseada nos direitos humanos, as recomendações da OMS para os cuidados pré-natais de rotina (CPN) buscam priorizar a saúde e o bem-estar centrados na pessoa, como parte de seus direitos sexuais e reprodutivos e de uma vida digna.

A OMS define CPN como “assistência prestada por profissionais de saúde qualificados a mulheres e adolescentes grávidas, a fim de garantir as melhores condições de saúde para a mãe e o bebê durante a gravidez”; essa assistência integra o ciclo de cuidados em saúde reprodutiva e é orientada por três componentes: educação em saúde e promoção da saúde; identificação de riscos; e prevenção, diagnóstico e controle de doenças relacionadas à gravidez (ou doenças concomitantes).

O objetivo dessa diretriz é complementar os manuais e recomendações da OMS relacionadas à gravidez já existentes, fornecendo uma estrutura “baseada em evidências” às práticas de CPN, para servir como base para a formulação de protocolos clínicos e políticas de saúde. Cabe ressaltar que, as diretrizes, ao orientar sobre a prevenção de doenças e detecção de complicações relacionadas à gravidez, não abordam o tratamento de tais complicações ou doenças, nem a assistência às gestações consideradas de “alto risco”.

No total, o documento de 152 páginas apresenta 49 recomendações relacionadas a cinco tipos de intervenções – intervenções nutricionais, avaliação materna e fetal, medidas preventivas, intervenções nos sistemas de saúde e intervenções para sintomas fisiológicos comuns – que foram classificadas como recomendadas, não recomendadas, ou recomendadas apenas em determinadas circunstâncias (contextos específicos, após pesquisa ou somente com monitoramento e avaliação específicos). Retornarei a algumas dessas intervenções adiante.

Essas diretrizes foram elaboradas por um grupo internacional de especialistas, formado para esta finalidade, com base nos procedimentos do “Manual da OMS para a ela-

boração de recomendações”.⁹ Segundo este Manual, as diretrizes devem ser atualizadas sempre que novas evidências forem identificadas, e, pelo menos, de cinco em cinco anos devem ser submetidas a uma grande revisão.

No processo de definição do escopo das recomendações, segundo consta no documento, foi destacada a necessidade de identificar intervenções e resultados centrados nas perspectivas das mulheres. Nesse sentido, uma “revisão sistemática qualitativa” foi realizada para elucidar o que as mulheres querem, precisam e valorizam na gravidez e no CPN. Os resultados dessa revisão indicaram o seguinte:

As mulheres querem e esperam que os CPN lhes proporcionem uma experiência positiva durante a gravidez. Uma experiência positiva de gravidez significa manter uma normalidade física e sociocultural e uma gravidez saudável para a mãe e o bebê (incluindo prevenção e tratamento dos riscos, doenças e morte), ter uma transição eficaz para o trabalho de parto e parto, e alcançar uma maternidade positiva (incluindo a autoestima materna, a competência e a autonomia). (WHO, 2016: 2, tradução minha)

Para alcançar uma “experiência positiva de gravidez” e “otimizar a saúde materna e neonatal”, o documento indica que é necessária a implementação adequada e oportuna de práticas clínicas “baseadas em evidências” (incluindo triagem, testes diagnósticos, tratamentos e outras intervenções), o aconselhamento e o fornecimento de explicações e informações relevantes sobre as intervenções, e o apoio psicossocial e emocional por parte dos profissionais de saúde com boas habilidades clínicas (capacitados) e interpessoais (solidários e respeitosos), dentro de um sistema de saúde que funcione bem (o que inclui privacidade no atendimento e tempo para as mulheres construírem relacionamentos autênticos com os profissionais).

Assim, a elaboração dessas recomendações foi orientada por duas questões principais: “Quais são as práticas baseadas em evidências que levam à uma experiência positiva?” e “Como estas práticas devem ser aplicadas?”

⁹ Do original em inglês “WHO handbook for guideline development”. Este manual fornece instruções para formulação de diretrizes, tais como: identificação de questões prioritárias; aplicação de metodologias sistemáticas de pesquisa, síntese e avaliação de evidências; planejamento para a implementação, disseminação e avaliação de impacto; instruções para a composição dos grupos de especialistas para que haja equilíbrio geográfico e de gênero; gerenciamento de conflitos de interesse declarados pelos especialistas, entre outros. Para mais informações: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s22083en/s22083en.pdf>

Passemos, agora, para a análise de algumas intervenções.

Nas intervenções nutricionais, recomenda-se que as mulheres grávidas tenham uma alimentação saudável – o que implica no consumo adequado de energia, proteínas, vitaminas e minerais provenientes de alimentos variados, como vegetais verdes e laranja, carne, peixe, feijão, frutos secos, cereais integrais e frutas – e pratiquem atividades físicas – especialmente aquelas em que a mulher não corra risco de perder o equilíbrio ou de causar algum trauma para o feto – para manter um “estilo de vida saudável” e evitar o ganho excessivo de peso.¹⁰

Embora a recomendação afirme que “as intervenções [dieta e exercício] devem ser centradas na mulher, feitas sem julgamento e desenvolvidas para garantir ganho de peso adequado”, a quantidade de quilos que a mulher pode ganhar durante a gestação é determinada (exclusivamente?) pelo índice de massa corporal (IMC) pré-gestacional: enquanto as mulheres com baixo IMC no início da gravidez podem engordar até 18 kg, as mulheres consideradas obesas só podem ganhar entre 5 e 9 kg durante a gestação.

A OMS entende que a “comunicação efetiva” com mulheres grávidas sobre dieta e alimentação saudável é parte integrante do CPN de qualidade; e, tal qual acontecia no início do século passado, como observou Freire (2008), eleva as mulheres à condição de “nutricionistas da família” ao ressaltar que “a gravidez pode ser um momento ideal para intervenções de mudança de comportamento entre populações com alta prevalência de sobrepeso e obesidade” (WHO, 2016: 15).

Recomenda-se também que as mulheres grávidas tomem suplementos de ferro e ácido fólico para evitar “anemia materna”, infecção puerperal, parto prematuro e para reduzir o risco de recém-nascidos com baixo peso ao nascer. Já os suplementos alimentares vitamínicos e de múltiplos micronutrientes ou não são recomendados, anulando recomendações anteriores, ou seguem recomendações específicas para populações subnutridas ou com baixa ingestão diária de vitaminas e minerais.

Ainda nas intervenções nutricionais, para as mulheres grávidas que ingerem mais de 300 miligramas de cafeína por dia – o equivalente a 4 ou 5 xícaras de café,¹¹ mas pode incluir qualquer bebida, alimento ou produto que contenha cafeína, como chás, refri-

10 *Essa recomendação também é aplicável para populações desfavorecidas de países de baixa e média renda, onde muitas deficiências nutricionais costumam coexistir com problemas de sobrepeso e obesidade.*

11 http://www.ico.org/pt/caffeine_p.asp

gerantes à base de cola, bebidas energéticas com cafeína, chocolate e medicamentos – recomenda-se a diminuição da ingestão diária dessa substância, para reduzir o risco de aborto espontâneo e de recém-nascidos com baixo peso ao nascer.

Essa recomendação foi baseada em uma “revisão Cochrane”¹² que incluiu dois ensaios clínicos randomizados (um dos quais não contribuiu com evidências) e duas revisões de estudos não randomizados sobre os efeitos da ingestão de cafeína. Na revisão da Cochrane, nenhum dos resultados maternos abordados nesse documento – a saber, infecções, anemia, pré-eclâmpsia/eclâmpsia, diabetes gestacional, via/forma de nascimento, ganho de peso, violência por parceiro íntimo, efeitos colaterais, alívio de sintomas, mortalidade materna e satisfação materna – foram relatados. No que diz respeito ao feto e recém-nascido, essa revisão mostrou que restringir a ingestão de cafeína tem pouco ou nenhum efeito no desenvolvimento fetal, no peso de nascimento do bebê e na prematuridade, e não apresentavam dados sobre anomalias congênitas ou mortalidade fetal/neonatal.

Considerando que essas evidências eram insuficientes para fazer uma indicação específica sobre a dose de cafeína recomendada para mulheres grávidas, o grupo de especialistas se baseou então em outras “evidências”, só que desta vez provenientes de revisões de estudos não randomizados que buscavam “uma associação” entre a ingestão de cafeína e desfechos desfavoráveis: duas revisões estavam orientadas pela pergunta “Existe uma associação entre a ingestão materna de cafeína e o risco de baixo peso ao nascer?” e outras duas pela pergunta “Existe uma associação entre a ingestão materna de cafeína e o risco de perda de gravidez?”. Sem apresentar qualquer informação sobre a forma como esses estudos foram conduzidos, o documento assinala que “a ingestão elevada de cafeína (mais de 300 mg), provavelmente, está associada a um maior risco de baixo peso ao nascer” e que “qualquer ingestão de cafeína, provavelmente, aumenta a perda de gestação em comparação com os controles (sem exposição)”, sendo “mais comum entre mulheres grávidas com alta e moderada ingestão de cafeína”.

A seção do conjunto de intervenções para a avaliação materna e fetal inicia com a constatação de que os “distúrbios hipertensivos da gravidez” (pré-eclâmpsia e eclâmpsia)

¹² As Revisões Cochrane são revisões sistemáticas na área da saúde que investigam, entre outras coisas, os efeitos das intervenções para a prevenção, tratamento e reabilitação em saúde. De acordo com as informações contidas no site da Cochrane, essas revisões são “internationally recognised as the highest standard in evidence-based health care”. Para mais informações: <https://www.cochranelibrary.com>

são importantes causas de morbidade e mortalidade materna e perinatal e, sendo assim, o rastreio para essa condição no pré-natal é parte essencial da “boa prática clínica”.¹³ Por este motivo, o grupo de especialistas não avaliou as evidências e não fez nenhuma nova recomendação sobre estas intervenções.

O grupo considerou, especificamente em relação à avaliação materna, as evidências sobre intervenções para o diagnóstico da diabetes gestacional, anemia e “bacteriúria assintomática”,¹⁴ o rastreio para HIV, sífilis e tuberculose, e a sondagem clínica sobre o consumo de álcool, tabaco e “outras substâncias” (drogas?) e sobre a possibilidade da mulher ser vítima de violência doméstica.¹⁵

As recomendações sobre o diagnóstico de anemia e “bacteriúria assintomática” não abordam nenhum ponto relativo à experiência das mulheres durante a gravidez e sua relação com o CPN, assinalando somente aspectos relacionados ao custo e à precisão (sensibilidade e especificidade) dos testes diagnósticos.

A recomendação sobre o diagnóstico de diabetes gestacional também não aborda questões sobre a experiência das mulheres. Esta é uma recomendação que foi incorporada de uma publicação da OMS de 2013, *Critérios de diagnóstico e classificação da hiperglicemia detectada na gravidez*.¹⁶ De acordo com os critérios estabelecidos nessa publicação, a hiperglicemia,¹⁷ se detectada uma vez em qualquer momento durante a gravidez, deve ser classificada como diabetes gestacional. No entanto, a OMS não tem uma recomendação específica sobre o rastreamento desta condição (se ou como rastrear); segundo o documento, o período usual para o diagnóstico é entre 24 e 28 semanas de gestação, mas ainda existem muitas incertezas sobre a relação custo-eficácia de

¹³ Essa condição é acompanhada rotineiramente a partir da medição da pressão arterial e da verificação de proteinúria (excesso de proteína na urina) em cada consulta pré-natal.

¹⁴ Condição comum do trato urinário, que não apresenta qualquer sintoma, mas está associada a um risco aumentado de parto prematuro; uma vez detectada, é recomendada, como medida preventiva, a administração de antibióticos.

¹⁵ A violência doméstica ou Violência por parceiro íntimo (VPI), é reconhecida pela OMS como um problema de saúde pública global, e está, segundo o documento, “associado a problemas crônicos em mulheres, incluindo saúde reprodutiva deficiente (gravidez indesejada, aborto e/ou aborto espontâneo e históricos de DSTs e HIV, por exemplo), depressão, uso de substâncias e outros problemas de saúde mental”. A investigação clínica sobre a VPI visa identificar as mulheres que sofreram ou estão sofrendo violência doméstica, a fim de oferecer intervenções que levem a melhores resultados.

¹⁶ Do original em inglês “Diagnostic criteria and classification of hyperglycaemia first detected in pregnancy”.

¹⁷ Alto nível de glicose no sangue

diferentes estratégias de triagem¹⁸ e sobre o impacto do diagnóstico precoce no desfecho da gravidez.

O documento traz ainda a informação de que “uma revisão sistemática” (sem indicar o tipo, nem quando, onde ou como a revisão foi realizada) mostrou que mulheres com diabetes gestacional apresentariam maior risco de complicações na gravidez, como pré-eclâmpsia e distúrbios hipertensivos. O tratamento indicado para essas mulheres, ainda de acordo com o documento, geralmente envolve uma abordagem para mudanças no “estilo de vida” (aconselhamento nutricional e exercício) e, se necessário, administração de substâncias para a redução da glicose, como a insulina.

No que diz respeito à investigação clínica sobre o consumo de tabaco (no passado e no presente e exposição passiva), álcool e “outras substâncias”, o documento recomenda que os profissionais de saúde perguntem sobre o uso para todas as mulheres grávidas, tão cedo quanto possível e em cada consulta pré-natal (“pois algumas mulheres são mais propensas a relatar informações sensíveis somente depois que uma relação de confiança foi estabelecida”). Os profissionais também devem oferecer informações e aconselhamento às mulheres grávidas, parceiros e outros membros da família sobre os riscos da exposição, para a saúde deles e do bebê, e sobre intervenções psicossociais para a interrupção do uso. Estas recomendações foram incorporadas a partir de documentos publicados anteriormente pela OMS sobre a prevenção e manejo do tabagismo, de 2013, e sobre a identificação e gestão do uso de substâncias na gravidez, de 2014.

Em relação à avaliação fetal, o grupo de especialistas considerou as evidências sobre algumas intervenções que monitoram o crescimento e bem-estar do feto de mulheres grávidas saudáveis, de “baixo risco”, como o ultrassom fetal, a contagem diária de movimentos fetais, a cardiocografia pré-natal¹⁹ e a ultrassonografia Doppler fetal.²⁰ Essas duas últimas intervenções, de acordo com o documento, não são recomendadas como parte dos exames de rotina no pré-natal, tendo em vista que, além de não estarem

¹⁸ A triagem de fatores de risco, como a avaliação do IMC, história familiar e etnia com alta prevalência de diabetes mellitus, é usada em algumas situações como uma estratégia para determinar a necessidade de um teste oral de tolerância à glicose, também conhecido como “curva glicêmica”.

¹⁹ A Cardiocografia (CTG) é um registro contínuo da frequência cardíaca fetal e das contrações uterinas obtidas por meio de um transdutor de ultrassom amplamente utilizado como método de avaliação do bem-estar do feto durante o trabalho de parto.

²⁰ A ultrassonografia Doppler é uma tecnologia de ultrassom específica para avaliar o fluxo sanguíneo do e para o feto, suas artérias e a artéria umbilical.

amplamente disponíveis (especialmente nos países de baixa e média renda), não existem evidências que apoiem o uso rotineiro dessas tecnologias como forma de melhorar os resultados maternos e perinatais.

A contagem diária de movimentos é uma forma de avaliar o bem-estar fetal, realizado pela mulher, na qual ela conta e registra as movimentações do feto durante um período específico de horas, a depender do método escolhido (“Cardiff ‘count to ten””, por exemplo). De acordo com uma revisão da Cochrane de 2015, a verificação de movimentos fetais reduzidos estaria associada a resultados perinatais ruins, incluindo morte fetal. No entanto, essa avaliação não é recomendada, porque poderia levar a intervenções clínicas desnecessárias ou a “ansiedade materna” – mesmo a revisão Cochrane de 2015 e um ensaio randomizado realizado posteriormente indicando que, em relação à satisfação materna, a contagem diária de movimentos fetais pode reduzir a ansiedade.

Paradoxalmente, o documento assinala que, apesar da não recomendação, recomenda-se que as mulheres sejam informadas sobre a importância dos movimentos fetais no terceiro trimestre da gravidez e que devem relatar sempre que perceberem movimentos reduzidos. Recomenda-se aos profissionais de saúde, como parte da boa prática clínica, perguntar em cada consulta pré-natal sobre a “percepção materna” dos movimentos fetais; aquelas que perceberem movimentos fracos ou reduzidos, devem ser monitoradas e passar por maiores investigações se for necessário.

Por fim, a ultrassonografia fetal é considerada pela OMS “a ferramenta de triagem mais precisa”, sendo empregada em várias circunstâncias específicas durante a gestação, como quando há preocupações com crescimento do feto e após complicações clínicas, mas também para permitir a detecção precoce de “problemas não aparentes em gestações sem fatores de risco claros” (as gestações de “baixo risco”).

De acordo com o documento, apesar do grupo de especialistas reconhecer que a realização do exame de ultrassom pode fazer pouca ou nenhuma diferença para o desenvolvimento do feto (peso, tamanho e malformações) ou para evitar mortalidade perinatal, existem “suposições de que o exame de ultrassonografia pré-natal em todas as gestações será benéfico [...] levando ao manejo oportuno e adequado das complicações da gravidez”. Cabe ressaltar que as evidências sobre ultrassonografia fetal são derivadas principalmente de países de alta renda, onde o exame é realizado de forma rotineira durante o CPN. Segundo o documento, as baixas taxas de mortalidade materna e perinatal observadas nesses locais levam a crer que essa intervenção é um componente

importante para um bom pré-natal, tendo em vista que possibilitaria o gerenciamento de complicações da gravidez, particularmente pré-eclâmpsia e parto prematuro, que são as principais causas de morbidade e mortalidade materna e perinatal em países de baixa e média renda.

Assim, recomenda-se a realização de uma ultrassonografia antes das 24 semanas de gestação, chamada ultrassonografia precoce, para estimar a idade gestacional²¹ e detectar gravidezes múltiplas e anomalias fetais – mesmo as revisões indicando que a taxa de detecção de anomalias na ultrassonografia precoce foi baixa: apenas 10% dos recém-nascidos com anomalias foram detectadas antes de 24 semanas de gestação. Quando realizada tardiamente (entre 30 e 36 semanas de gestação), o exame de ultrassom possibilita a avaliação da anatomia do feto e uma estimativa do seu peso, do volume de líquido amniótico e da “maturidade placentária”.

Em relação à satisfação materna, o documento assinala que o exame de ultrassom pode melhorar a experiência de gravidez: “as evidências sugerem que menos mulheres relatam estar preocupadas com a gravidez após uma ultrassonografia precoce”; e ressalta que as mulheres estão dispostas a serem examinadas – desde que os procedimentos sejam explicados adequadamente e sua aplicação leve em consideração aspectos culturais – e costumam apreciar as informações que recebem dos profissionais de saúde.

Observo que mais do que função diagnóstica, a tecnologia do ultrassom possui uma função simbólica importante: contribuir para a estabilização do feto como bebê (CHAZAN, 2007) – uma “pessoa” com a qual a mãe pode se relacionar antes mesmo do nascimento – e, com isso, atrair as mulheres para o pré-natal. O documento aponta que algumas mulheres não se sentem estimuladas a participar do CPN pela falta de “tecnologia moderna” (nesse caso, os equipamentos de ultrassom), e que a oferta desses exames poderia não só levá-las a fazer o pré-natal, mas incitá-las a começar o acompanhamento mais cedo.

No que se refere às medidas preventivas e intervenções nos sistemas de saúde, o documento apresenta muitas recomendações que são específicas para alguns contextos (zonas endêmicas, áreas rurais e/ou com carência de serviços de saúde) e outras que só

²¹ O grupo de especialistas assinalou que o aumento na precisão da avaliação da idade gestacional, poderia ajudar no manejo em caso de suspeita de parto prematuro e na redução de intervenções para a indução do parto em gestações pós-termo.

devem ser aplicadas após investigação adequada. A principal recomendação feita pelo grupo de especialistas é o aumento no número de consultas pré-natais, de 4 para 8. De acordo com o documento, o grupo decidiu aumentar o número de contatos a partir de “evidências” que revelam o aumento das mortes fetais e da insatisfação das mulheres com o modelo das 4 visitas (também conhecido como CPN básico); um maior número de consultas pré-natais poderia, segundo eles, “facilitar a avaliação do bem-estar e a prestação de intervenções para melhoria dos resultados, se forem identificados problemas”.

Por fim, na seção das intervenções para sintomas fisiológicos comuns, o documento ressalta que as mudanças corporais na gravidez, provocadas por efeitos mecânicos e hormonais, produzem uma série de sintomas, tais como azia, náuseas e vômitos, dor lombar e pélvica, varizes, constipação, hemorróidas e câibras nas pernas, que podem causar muito desconforto em algumas mulheres, afetando negativamente sua experiência de gravidez.

As abordagens recomendadas apontam mais para uma “desfarmacologização” do que para uma “desmedicalização” da gravidez: o manejo desses “sintomas fisiológicos” (portanto, “comuns”) incluem uma variedade de opções não farmacológicas – tais como consumo de gengibre, camomila e sêmola de trigo, aconselhamento sobre dieta e estilo de vida, prática regular de exercícios, uso de meias e cintas especiais, elevação das pernas e imersão em água – que acredita-se não causar efeitos nocivos sobre a mulher e o feto, e poucas opções de tratamento farmacológico, como doxilamina e metoclopramida para náusea e vômito, que devem ser prescritos e administrados sob supervisão médica apenas para aquelas “mulheres grávidas que apresentem sintomas angustiantes” e que não são aliviados pelas opções não farmacológicas disponíveis.

Algumas notas inconclusivas

Atualmente, diante dos “substanciais progressos alcançados”, conforme consta em destaque no Sumário Executivo do documento, a OMS propõe que os países ampliem “suas agendas para além da sobrevivência, com vista a maximizar a saúde e o potencial das suas populações”. Tal proposta está baseada na ideia de que “experiências positivas das mulheres” – durante a gestação (sob a forma de “cuidados pré-natais) e o parto – constituiria a base para uma “maternidade saudável” (inclui aspectos físicos, como uma “boa” alimentação, um “peso ideal” e a prevenção e tratamento de doenças) e “positiva”

(inclui aspectos morais, como autoestima, competência e autonomia da mulher diante da maternidade). As experiências dessas mães seriam, portanto, fundamentais “para criar famílias e comunidades prósperas”.

Hotimsky e Alvarenga (2002) fizeram uma reflexão importante sobre a “naturalização da maternidade” nas recomendações da OMS. De acordo com estas autoras, essa medida de suporte social, quando direcionada à “nova mãe”, pressupõe que a mulher que está parindo vai, necessariamente, se transformar em mãe do bebê que está para nascer. Isto, segundo elas, não considera o fato de que nem todas as mulheres que dão à luz vão se tornar mães, seja porque decidiram exercer o direito reprodutivo de dar o bebê para adoção, seja porque compartilham a maternidade com outras pessoas de sua rede de relações sociais, fenômeno denominado por Fonseca (2006) como “circulação de crianças”. Devo acrescentar que essas recomendações pressupõem, também, que quem está gestando e parindo é, necessariamente, uma mulher, sem considerar que atualmente homens transgêneros²² e transexuais²³ podem engravidar e dar à luz.

Os cuidados pré-natais recomendados pela OMS aparecem, no contexto atual, como uma série de “práticas inovadoras, baseadas em evidências”, cuja “implementação oportuna e adequada [...] pode salvar vidas”. Gostaria de destacar dois pontos desta afirmação: o primeiro diz respeito à ideia de que o CPN “pode salvar vidas” e, o segundo, sobre a ideia de “inovação” proporcionada pelas evidências científicas.

Como apresentado anteriormente, o grupo de especialistas, ao elaborar uma das principais recomendações – a saber, o aumento no número de consultas pré-natais, sublinhou a existência de “evidências” que indicam tanto uma insatisfação das mulheres com o modelo básico de CPN, quanto um aumento das mortes fetais. A ideia de que o pré-natal pode salvar vidas – especialmente a vida do “bebê” que ainda não nasceu – é reforçada mesmo diante de recentes dados estatísticos mundiais (observados e divulgados

²² Para mais informações: Light, A. D. et al. Transgender men who experienced pregnancy after female-to-male gender transitioning. *Obstet Gynecol.* 124 (6): 1120–1127, 2014. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25415163>

²³ Em 2017, o norte-americano Trystan Angel Reese, de 34 anos, deu à luz. Ele e o pai do bebê, Biff Chappow, anunciaram o nascimento em um vídeo publicado no Facebook, no qual falam o seguinte: “Da próxima vez que alguém disser a vocês que dois homens não podem ter um bebê, mostrem esse vídeo”. Para mais informações: https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/ciencia-e-saude/2017/07/16/interna_ciencia_saude,610113/homem-transexual-engravidada-e-da-a-luz-a-um-menino-nos-estados-unidos.shtml

pela própria OMS) que revelam uma queda nas taxas de mortalidade materna²⁴ e neonatal²⁵. Isso me leva a duas possibilidades interpretativas que não se excluem. Uma, é a de que a atenção ao pré-natal, na forma como está estruturado, está realmente “salvando vidas”, ao evitar que mulheres e bebês morram por causas que podem ser prevenidas e evitadas. A outra, é a de que existe um risco potencial oferecido ao feto pelo corpo grávido: um corpo que está “em risco” (dado que a gravidez é considerada uma “fase crítica da vida das mulheres”), mas é, sobretudo, “de risco” – segundo a OMS, as gravidezes são classificadas como sendo de “alto-risco” ou “baixo-risco” (também chamada de “risco habitual”), nunca sem risco. Os cuidados pré-natais aparecem, então, como um conjunto de técnicas e abordagens “generificadas” – tendo em vista que são moldadas a partir de concepções sobre o papel das mulheres como mães responsáveis e cuidadoras – para o monitoramento e gerenciamento desses riscos (LÖWY, 2018), em uma estratégia de educação e controle para o disciplinamento dos corpos grávidos (FOUCAULT, 1989).

Os discursos sobre educação em saúde, promoção da saúde e mudanças no “estilo de vida”, com ênfase nas construções biomédicas de risco (isto é, com uma conotação predominantemente negativa: a probabilidade de um potencial dano à saúde), tem o corpo social como alvo de ação/intervenção, implicando, portanto, mudanças de concepções, atitudes e comportamentos. Essa retórica de risco e a “ideologia da responsabilidade individual”, nas palavras de Crawford (1977), “promove um conceito de vida sábia que considera o indivíduo como essencialmente independente do seu entorno, sem restrições por eventos e processos sociais. Mesmo quando tais pressões são reconhecidas, ainda é o indivíduo que é chamado a resistir a elas” (CRAWFORD, 1977: 677).

No segundo ponto (sobre a ideia de inovação proporcionada pelas evidências científicas), observo que a “inovação” talvez venha da combinação de estudos quantitativos – as revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados e de estudos não randomizados – com qualitativos – uma “revisão sistemática qualitativa”, realizada em 2015, que incluiu as opiniões das mulheres quanto à “utilidade” das e nível de “satisfação materna” com as intervenções.

²⁴ No site da OMS (em espanhol), a seção sobre “Saúde Materna” apresenta em destaque uma informação sobre a diminuição de 43% no número anual de mortes maternas, comparando-se os dados de 1990 e 2015.

²⁵ A taxa de mortalidade neonatal caiu de 37 a cada 1.000 nascidos vivos, em 1990, para 19 a cada 1.000 nascidos vivos em 2016. Para mais informações: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5676:organizacao-mundial-da-saude-divulga-novas-estatisticas-mundiais-de-saude&Itemid=843

Após uma breve análise desta revisão qualitativa, verifiquei que ela reuniu dados de 1264 mulheres, presentes em 21 artigos, de todos os continentes, exceto a Austrália. Esses dados foram analisados a partir de técnicas de mineração de dados (data-mining) e abordagens meta-etnográficas (meta-ethnographic approaches). O principal resultado encontrado foi que “as mulheres [em todos os contextos culturais e sociodemográficos] querem e precisam de uma experiência positiva de gravidez” (DOWNE et al, 2015). Certamente, é necessário retornar a essa publicação e analisá-la de forma mais aprofundada, para buscar compreender, entre outras coisas, a metodologia utilizada para analisar esses dados e chegar a esse resultado. Gostaria de chamar a atenção, no entanto, para uma noção que surge a partir dessa revisão qualitativa: a ideia de que há uma “mulher grávida” universal – como alguém que está em todos os lugares do planeta (exceto na Austrália) e, ao mesmo tempo, está totalmente destacada do contexto onde vive, onde sua vida faz sentido – e a quem se recomenda uma série de intervenções e algumas restrições, como álcool, cafeína, tabaco e “outras substâncias”.

Para finalizar, no que diz respeito aos estudos quantitativos, observei que a elaboração dessas recomendações se baseou, em grande medida, nas revisões sistemáticas da “Base de Dados Cochrane” e contou com a colaboração do “Grupo de Gravidez e Parto”, também da Cochrane, na atualização de todas as revisões sistemáticas consideradas relevantes. Nessa análise, pude notar ainda que, em alguns momentos, havia um uso interessado de determinadas evidências, que ora considerava a hierarquia das evidências, ora parecia não considerar (o mesmo aconteceu em relação ao “nível de confiança” das evidências). Sendo assim, tanto a participação da Cochrane quanto o uso preferencial de certas evidências em detrimento de outras, precisam ser melhor investigados.

Referências

- APPLE, R. D. 1987. Constructing Mothers: scientific motherhood in the nineteenth and twentieth centuries. In: APPLE, R. D.; GOLDEN, J. (eds.) **Mothers and motherhood: readings in American history**. Columbus: Ohio State University Press.
- CARNEIRO, R. G. 2013. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 17(44): 49-59.

- CASTIEL, L. D. ; ALVAREZ-DARDET, C. 2007. **A saúde persecutória**: os limites da responsabilidade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- CHAZAN, L. K. 2007. “**Meio Quilo de Gente**”: um estudo antropológico sobre ultrassom obstétrico. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- CRAWFORD, R. 1977. You are dangerous to your health: the ideology and politics of victim blaming. **International Journal of Health Services**, 7(4): 663-681.
- DINIZ, C. S. G. 2005. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(3): 627-637.
- DOWNE, S. et al. 2015. What matters to women: a systematic scoping review to identify the processes and outcomes of antenatal care provision that are important to healthy pregnant women. **BJOG**, 123: 529-539.
- FOUCAULT, Michel. 1989. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal.
- FREIRE, M. M. L. 2008. ‘Ser mãe é uma ciência’: mulheres, médicos e a construção da maternidade científica na década de 1920. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, 15:153-171.
- HOTIMSKY, S.N. ALVARENGA, A.T. 2002. A definição do acompanhante no parto: uma questão ideológica? **Estudos feministas**. 10(2): 461-481.
- LÖWY, Ilana. 2018. **Tangled Diagnoses**: prenatal testing, women, and risk. Chicago: The University of Chicago Press.
- LUPTON, Debora. 1995. **The imperative of health**. London: Sage.
- SCHWENGBER, M. S. V. 2007. Distinções e articulações entre corpos femininos e corpos grávidos na Pais & Filhos. **História: Questões & Debates**, 47: 123-138.
- WHO. 1996. **Care in Normal Birth**: a practical guide. Safe Motherhood. Genebra: World Health Organization.
- _____. 2016. **WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience**. Genebra: World Health Organization.