

A produção da diferença no pré-natal e parto: entraves na distribuição da Caderneta da Gestante em Boa Vista

Bruna Potechí

Doutora em Antropologia Social e Professora Visitante/Universidade Federal de Roraima

<https://orcid.org/0000-0003-4162-2757>
brunapotechí@gmail.com

Iana dos Santos Vasconcelos

Doutora em Antropologia Social e Professora/Universidade Federal de Roraima

<https://orcid.org/0000-0002-6813-2187>
iana.vasconcelos@ufrr.br

Keis de Paula Rosa

Graduanda em Enfermagem/Universidade Federal de Roraima

<https://orcid.org/0000-0002-6921-3931>
keis_depaula@hotmail.com

Mylena Silva de Souza

Graduanda em Medicina/Universidade Federal de Roraima

<https://orcid.org/0000-0002-0332-5623>
mylena.98ss@gmail.com

Em 2024, durante atividades de pesquisa de campo na rede pública de saúde em Boa Vista (RR) percebemos a ausência da Caderneta da Gestante nas unidades básicas de saúde (UBSs) e serviços de atenção primária. Nossos projetos de pesquisa e extensão sobre violência obstétrica em Roraima nos fizeram explorar essa lacuna, o que revelou-se uma falha de grande impacto, especialmente no que diz respeito à informação e à autonomia da mulher durante o pré-natal e o parto, freando o combate a problemas graves de saúde da mulher como a mortalidade materna e a violência obstétrica.¹ Nesse

¹ Os dados e reflexões aqui apresentados são resultados de projetos de pesquisa e de extensão conduzidos junto à Universidade Federal de Roraima.

texto exploramos por meio dos dados colhidos pelas pesquisadoras e do levantamento realizado sobre o histórico das cadernetas produzidas no país as estratégias para superar essa lacuna e novos desafios diante de um cenário não unificado de produção de artefatos de informação e registros.

A Caderneta da Gestante, fornecida pelo Ministério da Saúde, é um instrumento fundamental de educação em saúde, registro do acompanhamento pré-natal e de fortalecimento do vínculo entre gestante e equipe de saúde. Mais do que um simples suporte físico, ela representa um instrumento de cidadania, garantindo acesso a informações sobre direitos, sinais de risco, procedimentos de rotina e orientações sobre parto, amamentação e cuidados com o recém-nascido. Ou seja, atua como um mecanismo de prevenção de riscos e de promoção da informação a fim de melhorar expectativas e resultados de partos e gestações.

O fato de Roraima ter liderado os dados de mortalidade materna no país nos últimos anos agrava o problema. O estado de Roraima ocupa, há quatro anos consecutivos, a primeira posição no ranking de Razão de Mortalidade Materna (RMM) do Brasil.² Em 2024, a RMM geral do estado atingiu o índice de 132 mortes para cada 100.000 nascidos vivos, dados alarmantes. O estado também tem apresentado um aumento exponencial nas taxas de mortalidade infantil.

A elevada mortalidade materna e neonatal³ em Roraima decorre de múltiplos fatores inter-relacionados. A precariedade estrutural da Maternidade Nossa Senhora de Nazareth, principal unidade de referência obstétrica no estado, aliada à sobrecarga dos profissionais de saúde compromete significativamente a qualidade da assistência prestada.⁴ A insuficiência no acompanhamento pré-natal, especialmente entre populações indígenas e migrantes, intensifica os riscos. Além disso, aspectos sociais e culturais, incluindo a crise migratória e barreiras de acesso aos serviços de saúde, dificultam a adesão aos serviços de saúde (Silva *et al.*, 2024).

Parte da literatura tem apontado que a redução da mortalidade materna e infantil depende da articulação entre os níveis de atenção, especialmente do fortalecimento da atenção básica no acompanhamento pré-natal e puerperal (Santos, Avelino, Barros &

2 A RMM calcula a quantidade de óbitos para cada 100.000 nascidos vivos. A meta dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio é a redução da RMM para 35. No Brasil a média nacional fica em torno de 60.

3 Dados preliminares do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde de 2024 indicam que Roraima contabilizou 101 óbitos neonatais. Esse quantitativo integra o total de 295 óbitos infantis registrados no estado no mesmo período, abrangendo crianças de 0 a 4 anos de idade (Brasil, 2024).

4 Até 2024 a maternidade de referência do estado estava localizada em um hospital de lona, improvisado durante a emergência de saúde pública de coronavírus.

Gondim, 2022). Esse é um dos objetivos da Rede Cegonha implantada em 2011 (Fiocruz, 2012) - e descontinuada em 2022 - cujos principais objetivos seriam a melhoria da qualidade do atendimento às gestantes, a organização da rede de atenção à saúde materno-infantil e um especial foco no acolhimento e na humanização. No entanto, durante o período da pesquisa (entre outubro de 2024 e março de 2025), que acompanhou a falta das cadernetas em Boa Vista, o governo federal lançou a Rede Alyne em substituição à Rede Cegonha. A nova política avança em relação à anterior ao propor a “promoção da equidade, observando as iniquidades étnico-raciais” e “a proteção e a promoção do vínculo da família e bebê”. Além disso, estabelece como prioridade a redução da mortalidade materna entre pessoas em situação de rua, em privação de liberdade, negras e indígenas (Brasil, 2024; Carvalho, 2026).⁵

No entanto, a pesquisa observou que as políticas de governo podem produzir lacunas e inconsistências mesmo com diretrizes a serem seguidas. Além disso, observamos que a falta de universalização na produção e disseminação do material informativo e de acompanhamento de pré-natal produziu uma diversidade desarticulada de soluções para o acompanhamento pré-natal, gerando, por um lado uma ênfase em questões práticas e, por outro, promovendo desigualdade no acesso a informações e consequentemente na vulnerabilidade das mulheres assistidas. Exploraremos algumas das soluções encontradas no município de Roraima para suprir a lacuna da Caderneta da Gestante e garantir o atendimento de gestantes.

A pesquisa e a análise parcial dos dados que compõem o presente texto são frutos de uma revisão sobre a Caderneta da Gestante e suas alterações, de entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde que atuavam em Unidades Básicas de Saúde em Boa Vista e realizavam acompanhamento pré-natal e análise e comparação dos materiais de acompanhamento pré-natal oferecidos às gestantes. As pesquisadoras conversaram com seis enfermeiras, uma doula e uma professora universitária que atua junto às UBSs. Também foram consultados profissionais de saúde de São Paulo e do Amazonas, estados onde parte da equipe de pesquisa esteve baseada durante os anos de 2024 e 2025.⁶ Esses contatos serviram para contrastar as informações obtidas com a situação evidenciada em Boa Vista. Foram solicitadas informações ao Ministério da Saúde sobre a impressão e distribuição das cadernetas a partir de 2022. Os materiais distribuídos

5 Alyne Pimentel, mulher negra, periférica teve seu caso de morte materna levado ao Comitê das Nações Unidas para Eliminação das Discriminações contra as Mulheres que julgou o Brasil culpado por sua morte evitável. Sobre isso ver Catoia *et al.* (2020).

6 A princípio estávamos interessadas em compreender se a falta da distribuição atingia apenas o estado de Roraima, a região norte (checando em Manaus) e posteriormente observando como estavam outros estados (como São Paulo).

e disponibilizados às pesquisadoras, assim como as diversas versões das Cadernetas das gestantes produzidas e disponibilizadas pelo Ministério da Saúde foram comparados e analisados através de uma etnografia de documentos (Riles, 2006; Lowenkron & Ferreira, 2014) que pensa documentos como característica das sociedades contemporâneas e que propõe pensá-los menos como objetos que carregam informações e mais como objetos que são feitos pela ação contextual de sujeitos produzindo reflexos dessas ações através da sua forma documental.

Assim, essa pesquisa consegue expor de forma crítica alguns problemas da lacuna na distribuição da Caderneta da Gestante entre 2024 e 2025.

O “cartão”

A Caderneta da Gestante é um material conhecido de pessoas que já passaram por uma gestação com atendimento pelo sistema público de saúde e por profissionais de saúde que lidam com gestantes, referindo-se muitas vezes a esse material como “cartão”. Instituída em 1988 sob a denominação de Cartão da Gestante, a atual Caderneta da Gestante passou por sucessivas reformulações.⁷ Pesquisas anteriores já identificavam que no preenchimento da Caderneta da Gestante poderiam coexistir distintos padrões, o que evidenciava a utilização limitada deste instrumento. Tal cenário pode estar associado tanto à não apresentação da caderneta pelas gestantes durante as consultas, quanto à insuficiência de registros por parte dos profissionais de saúde (Gonzalez & César, 2019).

Em sua versão inicial, o documento tinha como propósito o registro de informações como dados demográficos da gestante, seu histórico reprodutivo, a realização de exames clínicos e laboratoriais, além de condições de saúde pré-existent (Brasil, 1988). Além disso, a criação da Caderneta da Gestante no Brasil está inserida em um contexto de fortalecimento das políticas públicas voltadas à qualificação e humanização da atenção pré-natal e puerpério. Apesar do aumento no número médio de consultas entre 1995 e 2005, continuaram persistindo desigualdades regionais e problemas como sífilis congênita e hipertensão materna que evidenciam fragilidades na qualidade do cuidado. Nesse cenário, a caderneta foi implementada como uma estratégia vinculada ao Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), com o objetivo de promover o cuidado integral, baseado nos direitos sexuais e reprodutivos e no respeito à diversidade (Brasil, 2005).

7 Pesquisas sobre a Caderneta da gestante têm se debruçado sobre o preenchimento (Carvalho & Araújo, 2007), a posse da caderneta quando da entrada na maternidade (Viellas *et al.*, 2014; Santos Neto *et al.*, 2012) ou ambos (Gonzalez & Cesar, 2019).

O Cartão da Gestante, em sua primeira versão, trazia no interior um resumo das informações perinatais, enquanto a parte externa era destinada à identificação da gestante, registros gráficos da altura uterina e da evolução do peso conforme a idade gestacional, mensagens educativas e um campo específico para anotações de consultas e exames. Ao longo dos anos, esse instrumento passou por reformulações sucessivas, o que culminou na formalização da Caderneta da Gestante, publicada em 2014 (Brasil, 2014). De acordo com a Secretaria de Saúde do Distrito Federal, a caderneta foi distribuída em 2015 pelo Ministério da Saúde substituindo o antigo cartão da gestante e passou a reunir, além de registros clínicos, informações sobre saúde bucal, nutrição, amamentação, direitos trabalhistas e orientações para o período gestacional, com o objetivo de fortalecer o cuidado e a autonomia da mulher durante a gravidez (Secretaria de Saúde do DF, 2015).

A edição de 2016 da Caderneta da Gestante, trouxe mudanças importantes em relação à versão anterior, como a inclusão de orientações sobre a prevenção ao mosquito *Aedes aegypti*, informações sobre o tratamento da sífilis e a prevenção da sífilis congênita, além da ampliação de espaços para registro do plano de parto, do pré-natal do parceiro e da assistência prestada por enfermeira obstetra ou obstetriz, propondo linguagem acessível e a utilização de recursos visuais para facilitar a compreensão (Brasil, 2016).

A 6ª edição da Caderneta da Gestante, lançada em 2022, atualizou seu conteúdo alinhando-se à Política da Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI), que descontinuava a Rede Cegonha. Informações prestadas pelo governo da época argumentavam que a edição possuía formato mais interativo, passando a incluir orientações sobre alimentação saudável, saúde bucal e pré-natal odontológico, além de atualizar as curvas de ganho de peso. Também destacava avanços em relação ao papel do parceiro no pré-natal e trouxe informações atualizadas sobre trabalho de parto e nascimento (Brasil, 2022). No entanto, essa versão recebeu diversas críticas tanto de profissionais de saúde, movimentos sociais, políticos e da população em geral devido ao fato de a caderneta relativizar práticas consideradas como violência obstétrica como a episiotomia, o uso rotineiro de ocitocina para indução do parto, a manobra de Kristeller⁸ e o rompimento da bolsa das águas. As mudanças transformavam práticas que “não são mais indicadas” que demonstravam um alinhamento com a medicina baseada em evidências científicas para procedimentos que “podem ser indicados” trazendo um tom mais positivo em relação a práticas desaconselhadas e produzindo desinformação às pacientes (Potech, 2023).⁹

8 Consiste em pressão na barriga da gestante com justificativa de facilitar e ajudar na expulsão do feto. É desaconselhada pela Organização Mundial de Saúde.

9 <https://www.cofen.gov.br/nova-caderneta-para-gestantes-contraria-evidencias-e-diretrizes-do-ms/>.

¹⁰ O Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), por exemplo, criticou a versão de 2022 por orientações que contrariavam evidências científicas e diretrizes nacionais, como a indicação da episiotomia, da manobra de Kristeller e do uso exclusivo da amamentação como contraceptivo. A versão de 2022 da caderneta alinhava-se às propostas do governo da época, cuja orientação político-ideológica baseava-se no conservadorismo moral e no fundamentalismo religioso. Essas diretrizes, vinculadas ao antifeminismo e à misoginia, refletiram-se negativamente nas políticas de saúde da mulher e nos direitos sexuais e reprodutivos. Como resultado, o período foi marcado por profundos retrocessos, a exemplo da negação do conceito de violência obstétrica e das barreiras criadas no acesso ao aborto legal no país (Medeiros *et al.*, 2024).

Publicada inicialmente em formato digital no portal do Ministério da Saúde em 27 de fevereiro de 2024, a 8ª edição da Caderneta da Gestante¹¹ ampliou a perspectiva do cuidado pré-natal ao incluir o suporte familiar e a atenção à saúde mental como elementos essenciais da assistência integral à gestante. Nesse mesmo ano o governo federal lançou a Rede Alyne em substituição à Rede Cegonha, e que, além de promover a humanização do parto, tem grande ênfase no combate à mortalidade materna, principalmente de mulheres negras. No entanto, a impressão e distribuição das últimas versões da caderneta ficou comprometida. Após constatada a necessidade de revisão da caderneta de 2022, sua impressão e distribuição foram suspensas, tendo sua distribuição ocorrido entre dezembro de 2022 e julho de 2023 contemplando os estados do Distrito Federal, Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Pernambuco, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Tocantins contabilizando um total de 1.114.403 exemplares distribuídos no período de sete meses. No período seguinte houve a paralisação da distribuição das cadernetas pelo Ministério da Saúde, período que se estendeu até 2025. A edição publicada em 2024 não foi impressa e distribuída, pois a empresa contratada em 2022 não cumpriu o contrato, conforme alega representantes do Ministério da Saúde. Entre 2025 e 2026 foi novamente elaborada nova versão da Caderneta da Gestante publicada em 2026 e que teve grande apelo por sua versão online. A previsão do Ministério da Saúde é de que até o final de 2026 todas as unidades da federação terão recebido as versões impressas da nova caderneta da gestante, o que, espera-se retome a distribuição das cadernetas após 4 anos de comprometimento severo na impressão e distribuição das cadernetas.¹²

10 <https://oglobo.globo.com/saude/medicina/noticia/2022/05/recebe-lancada-pelo-ministerio-da-saude-nova-cartilha-para-gestantes-e-condenada-por-medicos-entenda.ghtml>.

11 A 7ª edição da Caderneta da Gestante foi também publicada em 2022, mas não está disponível para consulta.

12 Essas informações foram solicitadas via Lei de Acesso à Informação e respondidas pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde, pelo Departamento de Gestão do Cuidado Integral e pela Coordenação-Geral de Atenção à Saúde das Mulheres em junho de 2026.

Nos parece contraditório que enquanto existia incentivo de prevenção da mortalidade materna e promoção da humanização do parto com o lançamento da rede Alyne houve concomitantemente um período de suspensão da disseminação de informações sobre o pré-natal, parto e pós-parto com a não distribuição das Cadernetas das Gestantes constatada junto a UBSs no estado com maior mortalidade materna no país. Assim, a produção de lacunas e desinformações interrompem a promoção dos direitos e da cidadania de gestantes.

Com a falta das cadernetas em Roraima vimos a negligência da disseminação de informações deixando a cargo de municípios e unidades básicas de saúde os critérios sobre como e se sanar essa lacuna.¹³ Entre as conversas com profissionais de saúde que atuam nas UBSs foram contatados profissionais conforme divisão territorial disposta pela Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista. De acordo com dados da Secretaria Municipal de Saúde, Boa Vista conta hoje com 35 UBSs ativas em seu território que é dividido em 8 macrorregiões e possui 149 Equipes de Saúde da Família. Nossa pesquisa coletou dados de todas as macrorregiões, sendo o mínimo de uma UBS contatada por região. No entanto, consideramos que não podemos a partir dessa pesquisa produzir generalizações sobre padrões de comportamento, mas, ainda assim, podemos destacar algumas particularidades da organização do material a substituir a Caderneta da Gestante e sobre o atendimento e percepção das demandas por informações a partir dessas experiências de pesquisa.

Entre 2024 e 2025 as UBSs em Boa Vista tinham autonomia para decidir quais materiais seriam entregues às gestantes durante o acompanhamento de pré-natal.¹⁴ A Caderneta da Gestante tinha a função de informar, mas também de registrar e acompanhar as informações médicas das pacientes: evolução de peso, resultado de exames, histórico de saúde e estilo de vida. A caderneta acompanhava o percurso da gestante no sistema de saúde, geralmente iniciado na UBS, passando pelo parto em maternidade e finalizado em consulta pós-parto novamente em UBS. Possuía, portanto, ao menos duas funções, de informar e esclarecer a paciente, mas também de criar uma ponte entre os profissionais centrando a atenção na portadora daquele caderno, ou seja, a gestante através de seus dados clínicos. Pelas conversas, perguntas e entrevistas realizadas nesse período percebemos

13 De acordo o Observatório Obstétrico Brasileiro, em Roraima em 2023 a proporção de mulheres que iniciaram o pré-natal até a 12ª semana correspondeu a 63,6%, sendo que a Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza uma cobertura mínima de 95%. Já a cobertura de assistência pré-natal atingiu 92,5%, situando-se 2,6% abaixo do parâmetro mínimo recomendado pela OMS.

14 Algumas profissionais de saúde indicaram que a Caderneta da Gestante não “estava chegando” fazia pelo menos dois anos. No entanto, entendemos que algumas UBSs poderiam ter um estoque maior de cadernetas e continuaram fazendo uso delas, mesmo sem o repasse habitual. Isso foi o que, por exemplo, uma de nossas pesquisadoras ouviu de profissional de enfermagem em UBSs no interior de São Paulo, “eu não deixei minhas grávidas sem caderneta, continuei entregando o que eu tinha aqui”.

que todas as soluções encontradas estavam centradas nos dados da paciente a serem repassados aos profissionais de saúde no seu percurso de gestação, parto e pós-parto. As informações, seus direitos, explicações sobre exames, informações para o parceiro, sobre aleitamento eram tratados como secundários nas respostas às pesquisadoras sobre o conteúdo dos materiais entregues. Assim, a grande maioria dos relatos colhidos afirmava que eram entregues às gestantes cópias em xerox, sem cor, de algumas páginas do caderno da gestante, contendo o acompanhamento dos dados pessoais para o pré-natal e parto e, em alguns poucos casos, algumas páginas contendo informações sobre pré-natal e parto. Outro material frequentemente entregue foi a ficha perinatal na versão colorida disponibilizada para as UBSs ou cópias dela, que se assemelham muito às páginas de evolução da gestação presentes na Caderneta da Gestante de 2016, que agregam espaços de preenchimento da evolução da gestação e resultados de exames.

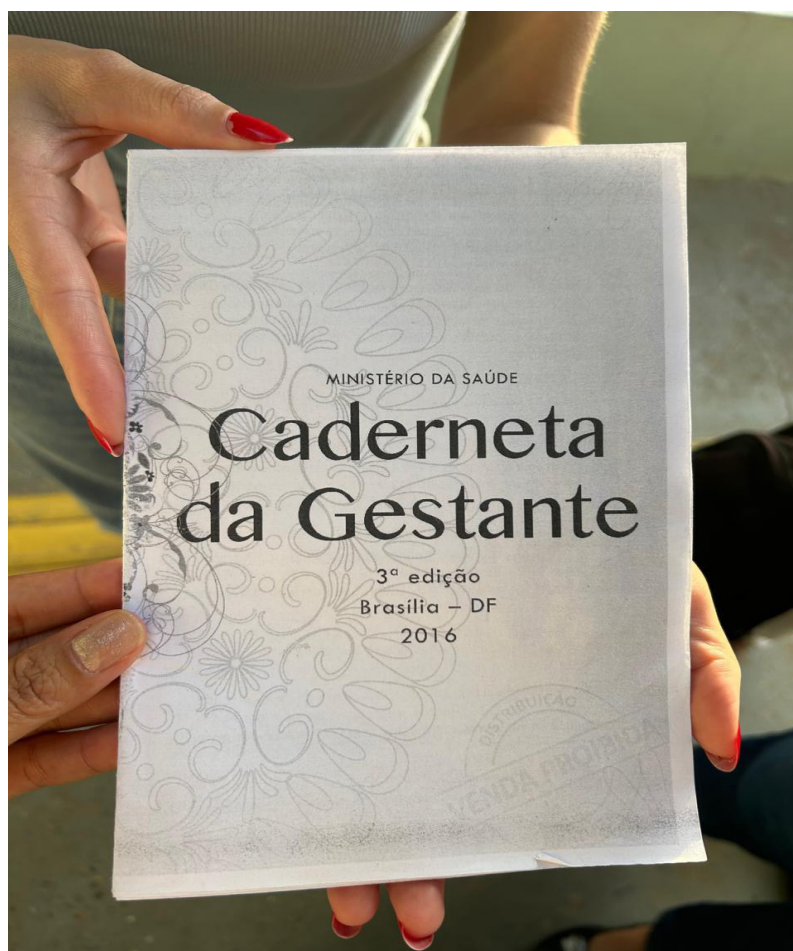


Figura 1. Cópia da caderneta da gestante, UBS Santa Luzia.
Keis de Paula, 2025.

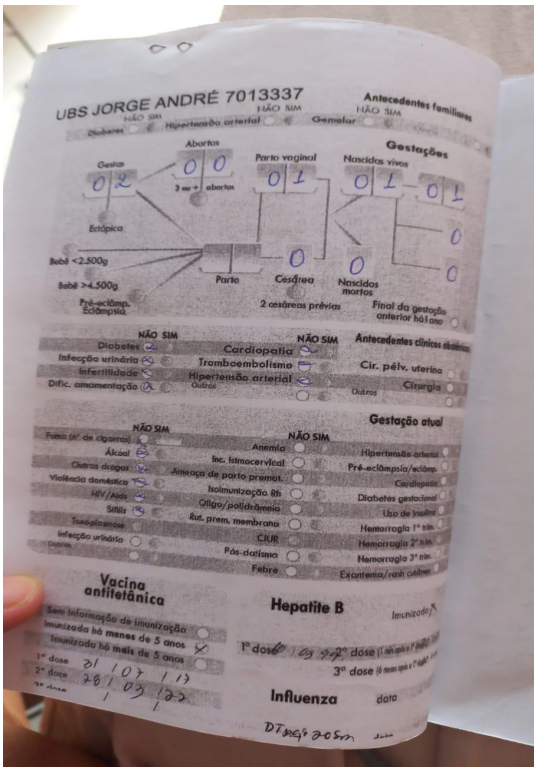


Figura 2. UBS Jorge André.
Cedida à Keis de Paula, 2025.

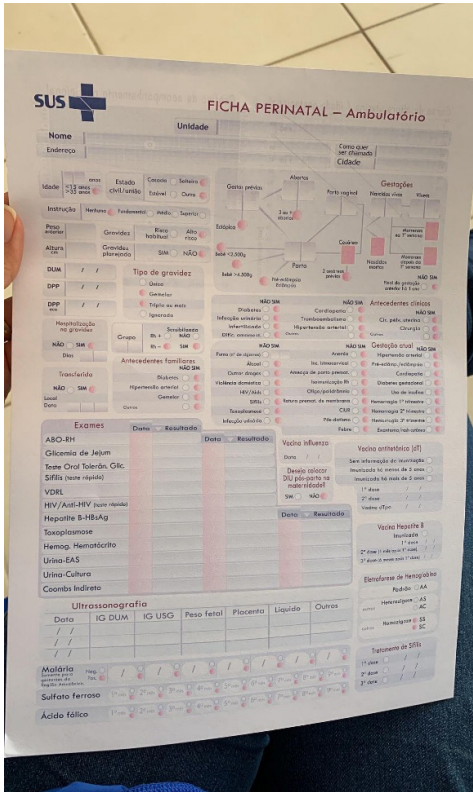


Figura 3. UBS Cinturão Verde, Ficha Perinatal, Keis de Paula, 2025.



Figura 4. Caderneta Produzida pela Secretaria Municipal de Saúde e distribuída para as gestantes na UBS Dr. Dalmo S. Feitosa.

Keis de Paula, 2025.

Em nossos contatos com pelo menos uma UBS de cada macroárea notamos que apenas duas das oito macroáreas possuíam uma versão de caderno da gestante impressa pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) em melhor qualidade e contendo maiores informações. Ambas as UBSs que relataram possuírem as versões impressas atendem bairros mais elitizados e com menor demanda de usuárias para o pré-natal. Em uma dessas UBSs os profissionais de saúde relataram que parte das mulheres atendidas não dariam continuidade ao pré-natal no Sistema Público de Saúde, mas seguiriam para a rede suplementar ou consultas privadas. Ou seja, esse material “mais completo e organizado”, conforme várias profissionais relataram, era disponibilizado apenas para gestantes que teriam outros canais de informações através de materiais que poderiam ser disponibilizados pela rede suplementar e seus profissionais. Isso, além de demonstrar uma diferença na distribuição das informações às gestantes, apontava para níveis ainda maiores de desigualdade no acesso à informação quando a pesquisa indicava que para mulheres que poderiam se encaixar em alguma categoria considerada “vulnerável” as informações ficavam mais restritas no posto de saúde, sendo este o único local para acesso a informações e seus direitos enquanto pessoa que gesta. Assim, as informações repassadas não eram as mesmas e isso poderia ser influenciado por inúmeros fatores que não podemos, nesse momento, avaliar.¹⁵

- 15 Uma das pesquisadoras colheu um relato em Manaus de que os profissionais de saúde de UBS poderiam disponibilizar para algumas gestantes o arquivo em PDF da Caderneta da Gestante para as gestantes que eles imaginavam que teriam como imprimir o arquivo. Ou seja, mais uma evidência de que as informações foram disseminadas de forma desigual e acompanhando recortes de classe, econômico e racial (ou racistas).

O que é importante notar é que as informações repassadas não eram as mesmas e as percepções de demandas e interesses por informações também modulavam as ações das profissionais com que tivemos contato. Na UBS do bairro mais populoso do município vimos, por exemplo, que era relatada a alta demanda de atendimento ao mesmo tempo em que a maioria das atendidas não gestavam o primeiro filho e, segundo conversa com profissional de saúde, “não demonstravam interesse por informações”.¹⁶ Ou seja, de certa maneira, essa fala de profissional de saúde sobre a situação da UBS e perfil das usuárias demonstrava outros recortes sobre o “interesse” em receber informações alinhado com percepções individuais das profissionais de saúde que eram quem decidiam como e quais informações repassar. No entanto, a maioria das profissionais de saúde reconhecia que a supressão das cadernetas acabava restringindo as informações às pacientes ao mesmo tempo em que avaliava que a caderneta era um bom instrumento de disseminação de informação e conhecimento. Reconhecia que, por mais que muitas afirmavam repassar oralmente informações sobre pré-natal e parto às pacientes, a caderneta era “mais completa”. Ou seja, concordava que a lacuna poderia se transformar em um abismo para muitas mulheres nesse momento de supressão de informações tão importantes.

Informação e o combate à violência obstétrica

A descoberta da interrupção da distribuição das cadernetas em Boa Vista foi identificada quando buscávamos analisar como a informação sobre direitos e esclarecimentos sobre o período de gestação, parto e pós-parto eram repassados a gestantes na cidade. Ironicamente nosso objetivo era refletir sobre como as informações poderiam contribuir no combate à violência obstétrica no município que recorrentemente constatava situações extremamente precárias de atendimento a pessoas que gestam.

Pulhez (2022), assim como outras autoras, têm relatado que a informação é central no combate à violência obstétrica. A violência obstétrica também foi um tema central nas discussões sobre a Caderneta da Gestante de 2022, a qual deixa de circular e gera esse momento de suspensão de informações às gestantes que percebemos em Boa Vista. Violência obstétrica abrange tanto práticas psicológicas quanto físicas que desrespeitam a autonomia da mulher durante o parto. Entre as formas mais comuns estão a coerção, ironias e ameaças verbais, bem como intervenções desnecessárias e a exposição do corpo da gestante sem justificativa clínica. Além disso, a omissão ou distorção de informações sobre o estado de saúde da mulher, com o objetivo de induzir procedimentos como a

16 É comum que as gestantes de primeira gestação (primigestas) recebam mais atenção quanto a informações para elas e para os recém-nascidos.

cesariana eletiva, contribui para tornar o parto uma experiência negativa e desumanizada (Sanfelice *et al.*, 2014).

Esse tipo de violência ainda é uma prática frequente e amplamente naturalizada nos serviços de saúde. Entre os principais tipos identificados, destacam-se a agressão verbal, a realização de intervenções médicas sem o devido consentimento, a elevada incidência de cesarianas não justificadas, a proibição da presença de acompanhantes e episódios de violência física (Mendes & Silva, 2025, p. 2365). O termo é, portanto, um termo que enfrenta resistência, como é o caso de alguns grupos de profissionais de saúde. O Conselho Federal de Medicina, por exemplo, tem se posicionado claramente contrário ao reconhecimento do termo violência obstétrica e se posiciona contrário à uma maior autonomia da mulher sobre decisões sobre seu corpo e parto no processo de gestação e nascimento.¹⁷ Portanto, quando não são fornecidas as explicações claras sobre os procedimentos, riscos e alternativas, os profissionais invalidam o saber da gestante, especialmente daquelas em situação de vulnerabilidade, e reforçam práticas autoritárias no cuidado. Essa conduta não representa apenas falha comunicativa, mas uma estratégia de apagamento que legitima intervenções sem consentimento (Gabriel & Santos, 2020).

Outras práticas de modificação de diretrizes do mesmo período das alterações da Caderneta da Gestante de 2022 tentavam tornar mais aceitáveis práticas rotineiras passíveis de serem classificadas como violentas. A prática de mudar as diretrizes de preenchimento da Declaração de Nascido Vivo, como demonstra Potechí (2024), não apenas autorizava práticas já denunciadas como violência obstétrica na Caderneta da Gestante de 2016, mas fomentava uma prática que ia de encontro ao interesse das mulheres que se organizavam a favor da humanização do parto (Pulhez, 2022). A tutela do Estado na produção da informação também aparece na produção de desinformação que ameaçava os direitos das mulheres e minava suas possibilidades de enfrentamento da violência obstétrica (Potechí, 2023). Nos parece, portanto, contraditório que ao mesmo tempo em que o Estado tenha se organizado para substituir um material controverso (a caderneta de 2022), a informação tenha sido suspensa e tenha produzido ainda mais desigualdade em seu acesso em um modelo de promoção da saúde que preza pela sua universalidade e que implementaria um foco acentuado no combate à desigualdade que atravessa os resultados de pré-natais e partos no país.

17 Como vemos, por exemplo, em repercussões recentes sobre a caderneta da gestante publicada em 2026 ([Caderneta do Ministério da Saúde à Gestante traz riscos à assistência | Portal Médico](#)).

Nesse contexto, a ausência da Caderneta da Gestante representa não apenas uma falha administrativa, mas configura-se como um fator que amplifica a invisibilidade da mulher no sistema de saúde, ao privá-la do acesso a informações fundamentais sobre seus direitos, sobre o desenvolvimento da gestação e sobre as condutas a serem adotadas durante o ciclo gravídico e puerperal. Assim, a omissão informacional contribui diretamente para a naturalização de práticas de violência obstétrica, o que alguns autores têm apontado como fator que aumenta a probabilidade de mortalidade materna (Tesser *et al.*, 2015).

Enquanto a caderneta das gestantes apresenta um lado de acompanhamento e outro de promoção de direitos, de informações e da cidadania a supressão de qualquer um desses lados causa um descompasso no outro, pois para ter autonomia, se proteger de violências naturalizadas na assistência à saúde assim como da atenção desigual ofertada é necessário que ambos os lados sejam oferecidos à população. Assumir posturas onde apenas algumas mulheres “têm interesse” acaba por produzir maiores desigualdades, onde o racismo e outros preconceitos acabam tendo maior espaço para gerir corpos e vidas, piorando as experiências e realidades de gestantes no país.

Uso de Inteligência Artificial

Não foram utilizadas ferramentas de IAG neste relato de pesquisa.

Referências

Brasil (2005). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil (2016). *Nova Caderneta da Gestante orienta a proteger contra o Aedes*. Brasília: Ministério da Saúde. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2016/marco/nova-caderneta-da-gestante-orienta-a-protger-contra-o-aedes>.

Brasil (2024). Portaria GM/MS nº 5.350, Brasília, 12 de setembro de 2024. *Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyne*. Brasília: Ministério da Saúde.

Carvalho, Valéria Conceição Passos de & Araújo, Thália Velho Barreto de (2007). Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 7, 309-317.

Carvalho, Layla Pedreira (2026). (In)justiça reprodutiva e atenção ao ciclo gravídico puerperal: da Rede Cegonha à Rede Alyne. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]*. 30.

Catoia, Cinthia de Cassia; Severi, Fabiana Cristina & Firmino, Inara Flora Cipriano (2020). Caso “Alyne Pimentel”: violência de gênero e interseccionalidades. *Revista Estudos Feministas*, 28(1), e60361.

De Oliveira Sanfelice, Clara Fróes *et al.* (2014). Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 15(2), 362-370.

Dos Santos, Marcela Alexandre *et al.* (2021). O olhar ampliado da saúde coletiva no programa rede cegonha como contribuição na redução da mortalidade materna e infantil no estado de Roraima-RR. *Revista Multidisciplinar Pey Këyo Científico*, 7(3), 134-149.

Fiocruz (2012). *Rede Cegonha: Fundação integra programa que combate mortalidade materna e infantil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Gonzalez, Tatiane Nogueira & Cesar, Juraci Almeida (2019). Posse e preenchimento da Caderneta da Gestante em quatro inquéritos de base populacional. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 19, 375-382.

Lowenkron, Laura & Ferreira, Letícia (2014). Anthropological perspectives on documents: Ethnographic dialogues on the trail of police papers. *Vibrant*, 11(2), 75-112.

Medeiros, Henrique G. D. & Araújo Júnior, José L. A (2024). Os reflexos do bolsonarismo sobre políticas de saúde da mulher e os direitos sexuais e reprodutivos. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, 22.

Mendes, Amanda Lucas & de Lira Silva, Macerlane (2025). Violências obstétricas e seus impactos na saúde da mulher: revisão integrativa. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 11, 6, 2365-2373.

Ministério da Saúde (2023). DATASUS: Sistema de Informações sobre Mortalidade. Brasília: Ministério da Saúde. <https://datasus.saude.gov.br/>.

Ministério da Saúde (2024). *Caderneta da gestante*. 8. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde.

Ministério Público do estado do Pará (2024). *Cartilha de violência obstétrica*. Belém: MPPA. <https://www2.mppa.mp.br/data/files/98/56/92/DE/A8A1F8102F73B3D8180808FF/CARTILHA%20DE%20VIOLENCIA%20OBSTETRICA.pdf>.

Moreira, M. & Souza, M (2023). Representações sociais de mulheres no ciclo gravídico puerperal sobre violência obstétrica. *Enfermería: Cuidados Humanizados*; 12(2), 3273.

Pascoal, Karem Cristinny Fontes *et al.* (2020). Violência obstétrica na percepção de puérperas. *Nursing (São Paulo)*, 23, 265, 4221-4232.

Potech, Bruna (2024). A tutela da informação: uma análise a partir de documentos de um parto. *Revista Mundaú*, 1(15), 84-103.

Pulhez, Mariana Marques (2022). *Autonomia, consentimento e informação de qualidade: controvérsias e disputas na construção da violência obstétrica no Brasil*. Tese de Doutorado, PPGAS/Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

Riles, Annelise (2006). *Documents. Artifacts of Modern Knowledge*. Ann Arbor: University of Michigan.

Santos Neto, Edson Theodoro dos *et al.* (2012). Concordância entre informações do Cartão da Gestante e da memória materna sobre assistência pré-natal. *Cadernos de Saúde Pública*, 28, 256-266.

Secretaria de Saúde do Distrito Federal (2015). *Grávidas receberão caderneta produzida pelo Ministério da Saúde*. Brasília: SES-DF. <https://www.saude.df.gov.br/w/gravidas-receberao-caderneta-produzida-pelo-ministerio-da-saude>.

Tesser, Charles Dalcanale *et al.* (2015). Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 10(35), 1-12.

Viellas, Elaine Fernandes *et al.* (2014). Assistência pré-natal no Brasil. *Cadernos de saúde pública*, 30, S85-S100.

Recebido em 10 de novembro de 2025.

Aceito em 24 de junho de 2026.

A produção da diferença no pré-natal e parto: entraves na distribuição da Caderneta da Gestante em Boa Vista

Resumo

O relato de pesquisa explora dados analisando a produção e disseminação de informações para gestantes em Boa Vista, Roraima. Durante a pesquisa constatamos a ausência da Caderneta da Gestante entre 2024 e 2025 no município, resultando em materiais alternativos distribuídos pelas equipes de saúde. Considerando que a informação é essencial no combate a danos de pré-natal e parto e que sua disseminação de forma universal ameniza possíveis desigualdades no parto entre gestantes brasileiras, apontamos como a supressão de uma versão universal pode produzir novos recortes e ênfases nas prioridades da assistência ao pré-natal. O presente texto explora relatos de profissionais de saúde em Boa Vista, as diferentes versões de materiais distribuídos e a trajetória da criação e modificações da Caderneta da Gestante pelo Ministério da Saúde. Dessa maneira, apontamos como as informações distribuídas de forma não uniforme podem agravar as disparidades entre a população que gesta no município.

Palavras-chave: Gênero; Interseccionalidade; Etnografia de Documentos; Antropologia da Saúde; Gestantes.

The production of difference in prenatal care and childbirth: obstacles to the distribution of the Pregnant Woman's Handbook in Boa Vista

Abstract

This research report analyzes data regarding the production and dissemination of information for pregnant women in Boa Vista, Roraima. The study identified an absence of the Caderneta da Gestante (Pregnant Woman's Handbook) in the municipality between 2024 and 2025, leading health teams to distribute alternative materials. Given that information is essential for mitigating risks associated with prenatal care and childbirth—and that its universal dissemination helps alleviate potential inequalities in the birthing experience among Brazilian women—we examine how the lack of a universal version can shift the focus and priorities of prenatal care. This text explores through interviews with health professionals in Boa Vista, the various versions of distributed materials and the history of the Caderneta da Gestante by the Ministry of Health. We thus highlight how the non-uniform distribution of information can exacerbate disparities among the pregnant population in the municipality.

Keywords: Gender; Intersectionality; Ethnography of Documents; Anthropology of Health; Pregnant Women.