



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
ESCOLA DE DIREITO E RELAÇÕES INTERNACIONAIS
NÚCLEO DE PRÁTICA JURÍDICA
COORDENAÇÃO ADJUNTA DE TRABALHO DE CURSO
MONOGRAFIA JURÍDICA

**O CONSERVADORISMO COMO FERRAMENTA DE MANUTENÇÃO
DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL**

ORIENTANDA: JÚLIA TORRES MARGIOTI
ORIENTADOR: PROF. MESTRE JOSÉ EDUARDO BARBIERI

GOIÂNIA
2021

JÚLIA TORRES MARGIOTI

**O CONSERVADORISMO COMO FERRAMENTA DE MANUTENÇÃO
DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL**

Monografia Jurídica apresentada à disciplina Trabalho de Curso II, da Escola de Direito e Relações Internacionais, Curso de Direito, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUCGOIÁS).

Orientador: Prof. Mestre José Antônio Barbieri

GOIÂNIA

2021

JÚLIA TORRES MARGIOTI

**O CONSERVADORISMO COMO FERRAMENTA DE MANUTENÇÃO
DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL**

Data da Defesa: 25 de maio de 2021

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Mestre José Eduardo Barbieri
Nota

Examinadora Convidada: Prof. Mestra Núria Micheline Meneses Cabral
Nota

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, que me possibilitaram – através de muito esforço – o privilégio de uma educação de qualidade. Suas opiniões sinceras e apoio incondicional foram os bens imateriais mais preciosos que me foram disponibilizados.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador, Prof. Mestre José Eduardo Barbieri pela inspiração, incentivo e apoio mesmo durante os obstáculos da pandemia. Agradeço aos meus pais e irmão pelas incalculáveis horas ouvindo os inúmeros parágrafos deste trabalho e aos amigos que me auxiliaram direta e indiretamente nesta jornada acadêmica. Em especial, agradeço à minha avó Neusa, que sempre cuidou e continua a olhar por mim.

EPÍGRAFE

“O Ontem é história, o Amanhã é um mistério, mas o Hoje é uma dádiva... por isso se chama presente.”

Mestre Oogway, Kung Fu Panda

Dreamworks, 2008.

SUMÁRIO

RESUMO	8
INTRODUÇÃO.....	9
CAPÍTULO I	
O NASCIMENTO COMO ALICERCE DA SOCIEDADE	13
1.1 A HISTÓRIA DA OBSTETRÍCIA	13
1.2 A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE.....	18
1.3 O PARTO NA ATUALIDADE	25
1.4 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL	30
CAPÍTULO II	
O CONSERVADORISMO E SUAS IMPRESSÕES NO PLANO FÁTICO	38
2.1 CONSERVADORISMO: CONCEITO, ABRANGÊNCIA E APLICAÇÃO	38
2.2 A ONDA AZUL: CONSERVADORISMO EM ASCENSÃO.....	42
2.3 O RECORTE ATUAL DO CONSERVADORISMO NO CONTEXTO BRASILEIRO	47
CAPÍTULO III	
O STATUS QUO BRASILEIRO E A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA ..	54
3.1 ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE O PARTO NO BRASIL, MÉXICO E TANZÂNIA	54
3.2 O PARTO EM PAÍSES LIBERAIS: NOVA ZELÂNDIA E HOLANDA	61

3.3 RELAÇÃO DO CONSERVADORISMO E A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	64
CONCLUSÃO	74
REFERÊNCIAS	77

RESUMO

Este trabalho apresenta a relação entre o conservadorismo com a perpetuação de práticas violentas no âmbito obstétrico. A partir da observação de direito comparado entre países mais progressistas com países notadamente conservadores, é possível obter a área cinzenta que diz respeito à atuação do posicionamento conservador na ótica social. Para tanto, utilizou-se o método comparativo, histórico-bibliográfico e pesquisa etnográfica como meios de obtenção das informações necessárias para a vinculação de informações. Serão analisadas obras da ciência obstétrica, as quais estão repletas de posicionamentos sociais intrínsecos dos profissionais da área, bem como serão analisadas obras das ciências jurídica e social, como autores puramente conservadores – que estudam e defendem o movimento conservador – e autores que já estudaram a relação cultural do parto em diferentes organizações sociais pelo mundo. O objetivo principal do presente trabalho é esmiuçar o vínculo entre as ondas conservadoras e o aumento exponencial – ou perpetuação – da violência obstétrica no Brasil.

Palavras-chave: Obstetrícia; Conservadorismo; Vínculo.

INTRODUÇÃO

A violência obstétrica no Brasil é um problema enraizado e recorrente cujas consequências afetam severamente milhares de mulheres em várias gerações. O aspecto físico é apenas uma das inúmeras violências obstétricas possíveis, porém a presença extremamente comum – e despercebida – da violência psicológica e emocional é uma violação clara aos direitos individuais e reprodutivos conquistados pelas mulheres, ocasionando também traumas e cicatrizes possivelmente irreparáveis.

Desde os primórdios da história humana, o corpo feminino é entendido explicitamente – e no contexto atual, veladamente - como propriedade masculina, cabendo a seus genitores e cônjuges o controle e administração do referido “bem”.

A disposição da reprodução humana, durante muitos séculos também não era controlada pela mulher, tampouco cabendo à esta liberdade para escolher as especificidades do período gestacional e parto. Até o grande salto da medicina, proporcionado pelo Renascimento, a Europa atribuía enfermidades a causas divinas, justificando as dores e dificuldades do parto a práticas explicitadas em seus escritos sagrados, tal seja, o entendimento prevalecente era de que as dores do parto eram uma punição bíblica pela desobediência da primeira mulher, Eva (Gênesis, Capítulo 3, Versículo 16).

Dessarte, os partos durante grande parte da história registrada foram realizados de maneira arcaica, alicerçando-se somente em conhecimentos empíricos de mulheres conhecidas como aparadeiras, comadres ou parteiras-leigas, altamente respeitadas pelo mulherio e responsáveis pelo auxílio no puerpério bem como cuidados com doenças venéreas e aborto (BRENES, 1991)

Com o advento da medicina moderna e a separação desta do âmbito religioso, incorporou-se à prática milenar das aparadeiras, intitulado-se Arte Obstétrica, inserindo a figura masculina na prática obstétrica bem como a experimentação clínica, tornando o ato de parir um procedimento médico como qualquer outro, restando aos profissionais da saúde a assistência da gestante e puérpera.

Após o século XIX, observa-se um padrão de “cirurgialização” da medicina, ou seja, foram aplicadas ao campo médico as novas tecnológicas e descobertas científicas, aumentando também o número de intervenções cirúrgicas por consequência. Dessarte, os médicos adquiriram renome e respeito dentro da sociedade ocidental após o crescimento e aprimoramento do âmbito cirúrgico, resultando ainda mais na cultura supersticiosa que sondava as parteiras.

Nesse sentido, o parto assistido por parteiras caiu em desuso, sendo praticamente extinto em alguns países do globo, inclusive no Brasil, o que possibilita a aplicação de práticas médicas voltadas à medicina ocidental, majoritariamente tecnocratas, tal seja, com a intervenção tecnológica sobrepondo o aspecto humano.

A mecanização do parto – processo inevitável quando tratado como um mero caso ser diagnosticado e tratado – ocasionou negligência à assistência emocional e psicológica da gestante e puérpera – previamente garantida pelas parteiras – culminando em diversos traumas para milhões de gestantes no mundo.

Para Ana Maria Malik (2002) a tecnologia gradualmente invade o lugar do homem nas instituições, acarretando falta de contato pessoal e aspectos emocionais tornam-se secundários. Na área médica, no entanto, isto não pode ocorrer; é preciso criar laços de relacionamento humano, ou seja, humanizar a assistência (MALIK *apud* MATEI, 2003). Um ato que simboliza amor e prosperidade tornou-se uma situação difícil e potencialmente traumática - primeiro devido a explicações religiosas infundadas e depois pela mecanização e terceirização da medicina.

Apesar do avanço nos direitos reprodutivos da mulher, a atuação violenta de profissionais da saúde persiste, devido à ausência de informação, disparidade social, vulnerabilidade das vítimas e principalmente a latente noção de que o corpo da mulher continua sendo propriedade alheia.

Para que fosse possível uma análise do conservadorismo como ferramenta de manutenção da violência obstétrica no Brasil era imprescindível que fosse analisado o contexto histórico do conservadorismo como molde do pensamento coletivo, bem como que fosse estabelecido um conceito e estrutura de violência obstétrica e suas espécies.

Um exame através de direito comparado também é fundamental para averiguar a relação entre países de ótica progressista e o *status quo* brasileiro com o intuito de estabelecer um padrão para a incidência de casos, utilizando também a experiência de profissionais da saúde como base para a análise do referido arquétipo, bem como obras de estudiosos da antropologia.

A problematização central que busca ser respondida é: “como o conservadorismo auxilia na perpetuação da violência obstétrica no Brasil?”

A primeira hipótese levantada foi de que a análise do contexto social na influência da violação sistêmica do corpo feminino possibilitaria uma mudança de orientação coletiva, de modo a reduzir ou até extinguir a violência obstétrica do âmbito brasileiro. A segunda, seria que a condução do estudo poderia apresentar os fatores que atuam na violência obstétrica de modo a conscientizar a população de seus direitos e recursos, mas não apresentar fatores que alteram a organização social. Finalmente, o estudo não atingiria o objetivo de criar a correlação entre o pensamento conservador e a prorrogação da violência obstétrica no âmbito brasileiro.

Acerca da metodologia utilizada, o presente trabalho tratou da análise comparativa entre países de visão progressista e conservadores com o *status quo* brasileiro, de modo a constatar os padrões de violência obstétrica – ou inexistência desta – por meio de exames bibliográficos de sociólogos e *experts* na área.

Além disso, ressalta-se que o método dedutivo-indutivo foi utilizado como ponte entre os posicionamentos da ciência jurídica, sociológica e médica que cerceiam o tema. Ultimamente, o estudo teve caráter qualitativo através dos métodos expostos, bem como pesquisa etnográfica, visando obter uma ótica dos costumes e preceitos que culminam no tabu que alicerça a prática de violência contra gestantes e puérperas no território brasileiro.

De modo pormenorizado, no primeiro capítulo foi feito um estudo histórico acerca da ciência obstétrica, de maneira global e no âmbito brasileiro, de modo a pintar um cenário de sucessão continuada dos fatos ao leitor. Ainda, foi estabelecida e conceituada a relação médico-paciente em suas nuances, elucidando os pontos positivos e negativos de eventual distanciamento da referida relação.

Foi traçado um esqueleto breve do procedimento do parto na atualidade, salientando as vertentes naturais ou humanísticas e tecnocratas. Por fim, conceituou-se a violência obstétrica e suas aplicações no contexto social e médico-científico brasileiro.

No segundo capítulo foi feita uma observação sobre o conservadorismo, abordando seu conceito, abrangência e aplicação fática, o que foi fundamental para a segunda parte do capítulo, na qual analisou-se a ascensão do conservadorismo e a chamada “onda azul”. Finalmente, foi feito um recorte atual do conservadorismo no Brasil, por meio de uma linha transicional entre os governos Lula-Dilma e Bolsonaro.

No terceiro e último capítulo, utilizando como base a obra de Robbie Davis-Floyd e Melissa Cheyney (2019), foi realizada uma análise comparativa entre partos realizados no Brasil, México, Tanzânia, Holanda e Nova Zelândia, visto que os três primeiros possuem abordagens conservadoras e majoritariamente tecnocratas, enquanto os demais possuem abordagem humanísticas ou *fusion* entre ambas.

Ainda, analisou-se a relação entre o conservadorismo e a violência obstétrica com o objetivo de responder aos questionamentos e hipóteses levantadas bem como atingir os objetivos gerais e específicos do presente trabalho.

CAPÍTULO I

O NASCIMENTO COMO ALICERCE DA SOCIEDADE

1.1 A HISTÓRIA DA OBSTETRÍCIA

Desde os primórdios da história humana registrada, o parto era uma tarefa essencialmente feminina já que envolvia o corpo da mulher. O homem não era autorizado a participar do processo de parto, tampouco encorajado a participar ativamente de todo o período gestacional. A paternidade, durante grande parte da história humana, possuía um peso diferente da maternidade.

Para que seja possível uma abordagem da obstetrícia como ciência na atualidade, é preciso que seja analisada sua origem. Diferentemente do esperado, a ciência obstétrica não possui suas raízes no Iluminismo e no avanço das ciências médicas, mas sim na medicina tradicional de inúmeras partes ao longo dos séculos. Conhecimento transferido de geração para geração; de mãe para filha.

Sob a ótica de Ana Paula Vosne Martins (2004), o parto é antes de tudo um evento social, portanto, submetido a rituais, códigos e tradições afirmando ainda em sua obra que

(...) a documentação disponível e os dados das pesquisas etnográficas são convergentes no que diz respeito à universalidade dos ritos do parto e da maternidade, bem como à existência de uma tradição feminina relativa a estes ritos (...) (MARTINS, 2004. p. 67)

Entretanto, os registros apontam que o ato da parturição se restringia à um pequeno grupo de mulheres, comumente provenientes de sociedades agrícolas e pré-industriais, que ajudavam a parturiente, apenas envolvendo auxílio médico – precário dada a época – em casos em que o parto se complicava. Ou seja, a intervenção médica no parto, até recentemente – quando analisada a trajetória da história humana – não ocorria na maioria dos casos.

O que explica, segundo a visão da autora (MARTINS, 2004), a ausência ou talvez dilação para o estudo da ciência obstétrica. No contexto greco-romano,

largamente desenvolvido quando comparado com outras culturas coetâneas, foram as parteiras mais experientes e qualificadas que forneceram o conhecimento empírico para que os médicos pudessem propagá-lo pela escrita, visto que a presença masculina era considerada grotesca acerca de tais ritos. Contudo, dada a ausência de ligação prática dos médicos ao conhecimento empírico fornecido pelas parteiras, o elo foi perdido e as informações tornaram-se vulgares e meramente teóricas.

(...) A divisão de gênero desses conhecimentos é mais visível nos escritos de Soranos, médico grego. Esse médico viveu em Roma na primeira metade do século II servindo às classes dirigentes, especialmente às mulheres ricas. Com base nesta experiência, escreveu Ginecologia, um conjunto de textos sobre as doenças das mulheres e a obstetrícia. Nos capítulos relativos aos partos naturais, Soranos dirigiu-se às parteiras, indicando os preparativos, os cuidados com o local do parto, com o bem-estar da parturiente e do recém-nascido, além de trazer informações sobre a sociabilidade feminina ao referir-se aos rituais do puerpério, festividades organizadas e restritas às mulheres. Os capítulos relativos aos partos difíceis foram dirigidos aos médicos, já que era só nessas circunstâncias que eles atuavam (...) (MARTINS, 2004 p. 68)

Valoroso salientar também o motivo social da referida separação dos gêneros. Até recentemente, a geração de herdeiros possuía pesos diferentes na sociedade. Para os médicos, homens, a importância era assegurar que a mulher pudesse gerar mais herdeiros saudáveis, ou no caso de natimortos ou abortos, que pudesse completar a gravidez e dar à luz à uma criança saudável. Em contrapartida, a visão das parteiras, mulheres, era diferente; por partilharem o mesmo círculo social das parturientes e entenderem suas angústias e expectativas, focavam seu atendimento em um parto saudável física e psicologicamente, fornecendo apoio à mãe durante todo o processo.

Martins (2004) menciona que o papel das parteiras transpassava somente o papel de auxílio durante o parto, mas abrangia também aspectos do casamento, dos cuidados do bebê e outros conselhos para as parturientes, que assim como elas, possuíam as mesmas cobranças sociais. Dessarte, cria-se uma polarização entre médicos e parteiras e gestantes e sociedade. Tinha-se que o parto era um momento para ser vivido somente entre mulheres, vindo daí a expressão *midwifery* – expressão que perdura até os dias atuais como referência à parteira – mas que se traduz do inglês arcaico para “entre mulheres” ou “entre esposas”.

Consecutivamente, com o avanço temporal histórico, o contexto da Idade Média recheou o âmbito social de superstições e desconfiança, ao ponto que as antes tão celebradas parteiras, por sua *expertise* no parto, tornaram-se vilãs aos olhos da sociedade ocidental. As práticas de medicina natural como um todo atrelaram-se ao ocultismo, adquirindo infâmia perante o povo gentio.

(...) Ao analisarmos o contexto histórico da Idade Média, vemos que bruxas eram as parteiras, as enfermeiras e as assistentes. Conheciam e entendiam sobre o emprego de plantas medicinais para curar enfermidades e epidemias nas comunidades em que viviam e, conseqüentemente, eram portadoras de um elevado poder social. Estas mulheres eram, muitas vezes, a única possibilidade de atendimento médico para mulheres e pessoas pobres. Elas foram por um longo período médicas sem título. Aprendiam o ofício umas com as outras e passavam esse conhecimento para suas filhas, vizinhas e amigas (...) (ANGELIN, 2016)

Nesse mesmo período, inúmeras mulheres detentoras do conhecimento geracional da medicina natural foram mortas e torturadas como bruxas, tendo também a participação da classe médica em ascensão no período, que vislumbrou a infâmia e a Inquisição religiosa como meios de eliminação de concorrência, visto que as parteiras e mulheres que possuíam o conhecimento da medicina natural eram mais procuradas pela população do que os médicos.

O *Malleus Maleficarum* (1487) ou Martelo das Bruxas, traduzido para o português, escrito por Heinrich Kraemer (1430-1505) e James Sprenger, (~1435-1495) ensinava o leitor a identificar, torturar e matar bruxas conforme os ditames da época. O fim deste período de macabro retrocesso foi somente no século XVIII, tendo a última fogueira acesa em 1782, na Suíça.

(...) a inferioridade feminina desde a palavra(...) tal é a etimologia da palavra que lhe designa o sexo, pois femina vem de fe e minus, por ser a mulher sempre mais fraca em manter e perseverar sua fé (...) “não há quem mais malefícios causem à fé católica do que as parteiras”. Elas foram acusadas de praticar o aborto, o infanticídio e atentar contra a potência dos homens fazendo pactos com o demônio (...) (KRAMER *apud* OSAVA, 1997. P. 18)

Com o advento do Iluminismo e, conseqüentemente da ciência médica, a infâmia das parteiras mudou-se em imperícia. Os médicos culpavam as parteiras aldeãs pelos óbitos de mães e bebês, afirmando que seu conhecimento natural – muito perdido durante a Idade das Trevas – era supersticioso e descuidado.

Assim, se engessa a noção de que apesar do parto ser um ritual feminino, a imperícia e ignorância da mulher – noção largamente enunciado no referido período – inferiam nas mutilações e óbitos obstétricos da época. O distanciamento entre a mulher e a ciência obstétrica, por conseguinte, torna-se evidente mais uma vez.

Após o *boom* da ciência médica, os especialistas possuíam diversos modos de realizar os partos, desde os mais simples aos mais complexos – que requeriam intervenção cirúrgica – afastando cada vez mais a atuação das parteiras, que se restringiram às populações de baixa renda que não detinham meios para atendimento médico. Pouco se sabe sobre a atuação das parteiras neste período já que os registros da ciência obstétrica tangem somente aos médicos e suas práticas.

(...) a entrada dos médicos na cena do parto natural e a transformação dessa prática em uma especialidade médica lucrativa não ocorreram antes do século XVIII e ainda assim de forma lenta e limitada em algumas classes sociais do meio urbano (...) (MARTINS, 2004. p. 71)

Avançando para o século XIX, observa-se um padrão de “cirurgialização”, ou seja, intervenções médicas no processo de parturição. Isto porque, no século XIX a medicina estava mais avançada e o campo da cirurgia - ginecológica tanto quanto outras áreas - expandia-se exponencialmente.

Os médicos adquiriram renome e respeito dentro da sociedade ocidental após o crescimento e aprimoramento do âmbito cirúrgico, resultando ainda mais na cultura supersticiosa que sondava as parteiras. Todo o conhecimento empírico era visto como superstição atrelada à religiosidade.

Segundo a visão de Ruth Hitomi Osava (1997), no Brasil, até o século XIX as parteiras agiam ativamente nos procedimentos das classes médias e baixas do país, somente tendo acesso à médicos as classes mais altas e somente em casos difíceis e, citando Jean Baptiste Debret (1768-1848), por ostentação. (DEBRET *apud* OSAVA, 1997)

O pintor parisiense Debret veio ao Brasil no começo do século XIX, integrando – em 1816 - a Missão Artística Francesa ao Brasil, organizada a mando de

D. João VI. Sua função era retratar o cotidiano do Brasil Colonial, além de auxiliar no catálogo da fauna e flora brasileiras.

Em sua estadia no Brasil – que durou 15 anos – pôde presenciar vários aspectos da cultura, escrevendo inclusive a obra citada por Osava (1997) “Viagem Pitoresca e Histórica ao Brasil” (1834). Na obra, Debret elenca alguns aspectos relativos à vida de corte durante o reinado de D. João VI e D. Pedro I. Por esse acesso direto às famílias de alta classe brasileiras da época, o autor é citado por Osava (1997) como argumento para a ostentação da presença médica em procedimentos obstétricos.

Nesse toar, é sabido que as parteiras somente ausentavam-se nos procedimentos quando seus recursos se esgotavam, sendo então necessária a intervenção de um cirurgião para as “cirurgias mutiladoras”, prática majoritariamente masculina:

(...) as parteiras deviam encontrar limites em realizar o considerado ponto culminante do virtuosismo cirúrgico-obstétrico: a embriotomia. Tais operações mutiladoras e faltosas de diagnóstico preciso eram recorrentemente realizadas por médicos(...) (DEL PRIORE, 1993 apud OSAVA, 1997. P. 10-11)

De 1881 a 1904 foram realizadas apenas cinco operações cesarianas no Brasil, visto que a elevada mortalidade fetal-materna não compensava os possíveis benefícios do procedimento (OSAVA, 1997). Dessarte, observa-se no contexto brasileiro uma negativa à intervenção médica causada por medo e principalmente por conservadorismo religioso, isso porque a ideia de que “a vontade de Deus” acerca do nascimento de uma bebê era amplamente disseminada.

Nos primórdios do século passado, a atuação das parteiras foi revista pelo advento de dois momentos históricos. Primeiramente, em 1902 na Inglaterra, foi aprovada a lei das parteiras ou “Midwife’s Act”, que incorporou a profissão ao sistema de saúde oficial, bem como o “midwife problem”, nos Estado Unidos, que acusava as parteiras de serem responsáveis pelas elevadas taxas de mortalidade materna e perinatal no país (OSAVA, 1997)

As parteiras somente retomaram sua posição como efetivas participantes da parturição no aspecto global com o advento do movimento feminista em meados dos anos 60, quando os contraceptivos e métodos humanizados de parto foram amplamente disseminados pelo globo. O movimento pela humanização do parto iniciou-se com as ideias de Grantly Dick-Read (1890-1959) e Fernand Lamaze (1891-1957) nos anos 1950, procurando transformar o parto em um evento mais prazeroso através da utilização de técnicas comportamentalistas de controle da dor.

O conhecimento prático, não somente no aspecto físico, mas também no psicológico e emocional das parteiras, voltou a ser valorizado pela sociedade, especialmente entre o público feminino, que buscava igualdade nas relações – particulares e trabalhistas –, e o apoio da parteira durante o momento sensível que passava a gestante, voltou a ser fundamental.

Em decorrência disso, a segunda geração do Parto sem Dor trouxe ainda valores voltados para a presença do pai no procedimento do parto, a abordagem da sexualidade da mulher, a valorização do recém-nascido como sujeito dotado de individualidade entre várias outras pautas atualmente amplamente disseminadas (OSAVA,1997)

Ultimamente, desenvolveram-se - como será abordado futuramente dentro deste trabalho - correntes que valorizam o lado humano do parto, retirando a noção divagada pela cultura médica de que se trata apenas de um procedimento, valorizando a delicadeza do momento, de modo a torná-lo, novamente, um rito importante para a sociedade e retomar seu lugar como alicerce de todas as organizações sociais.

1.2 A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

Todas as culturas do globo possuem sua visão acerca do parto. Seja esta médica, religiosa ou social. Em alguns pontos, divergem as culturas orientais e ocidentais, contudo, a expressiva presença feminina no parto é praticamente unânime.

No contexto brasileiro, até recentemente, a presença médica não era bem-vista; isto justifica-se pela desinformação da parte mais vulnerável da população aliada à noções conservadoras acerca da sexualidade feminina e, por conseguinte, do parto em si.

Isto é, a presença masculina no parto, em meados do século XIX no Brasil, era desconfortável, não somente para a gestante, mas para o próprio médico – visto que ambos eram sujeitos aos mesmo tabus e pressões sociais – de modo que o ambiente tornava-se mais prejudicial com a presença médica do que benéfico para o procedimento.

Del Priore menciona que “além dos médicos mostrarem-se em seus relatos absolutamente insensíveis à dor das parturientes, as mulheres pareciam também atingidas pelo tabu de mostrar seus genitais, preferindo, por razões psicológicas e humanitárias, a companhia das parteiras” (DEL PRIORE, 1993 *apud* OSAVA, 1997. P.10)

Os médicos deram início a um processo de distanciamento das pacientes ginecológicas, criando um vão entre o aspecto profissional-físico do médico e o psicológico da paciente. Ainda, o medo das gestantes das práticas médicas era justificável dadas as altas taxas de mortalidade de parturientes e recém-nascidos em maternidades nos séculos XIX e XX; em 1878, constatou-se que a mulher inglesa aumentava em seis vezes a sua chance de morrer, ao dar a entrada nas maternidades daquele país.¹

A expansão da medicina, especialmente no aspecto cirúrgico, e sua consequente necessidade de dissociação do médico do paciente, para que fosse possível a realização de procedimentos considerados “grossos” ou “agressivos”, fomentou mais ainda esta corrente de atuação dentro do âmbito médico.

¹ WARD. *Midw Cronicl & Nurs Notes*, 1981b. *apud* OSAVA, Ruth Hitomi. *Assistência ao parto no Brasil: O lugar do não-médico*. 1997.

Osava (1997) menciona o processo de despersonalização da assistência que ocorreu no procedimento do parto para que fosse possível a maior atuação médica. Explicita que foi preciso retirar as mulheres de seu ambiente confortável, separá-las de suas famílias e até mesmo daqueles que as auxiliariam psicologicamente, para obter-se êxito.

(...) Os médicos começaram a explicitar, de maneira crescente e de modo cada vez mais claro, as frustrações pelo fato de não poderem controlar, do quarto da parturiente, os eventos do nascimento tão bem como desejariam. Queixavam-se da interferência das parteiras, que os interrompiam quando estavam fazendo algo que julgavam ser útil naquela situação (...) (OSAVA, 1997. P. 61)

Assim, o procedimento de parto tornava-se cada vez mais clínico e despreocupado com a condição psicológica da parturiente, retirando-a de seu ambiente de conforto e encaminhando-a para o hospital, onde deveria seguir normas rígidas, usar um “uniforme” e seguir à risca as determinações médicas. A autora (OSAVA, 1997 p. 62) cita que “no hospital, simbolicamente a mulher é despida de sua individualidade, sua autonomia e sua sexualidade.”

O aspecto psicológico do parto, antes assistido pelas parteiras, tornou-se irrelevante dentro do procedimento – muitas vezes cirúrgico – a que se submetiam as parturientes. A dissociação médico-paciente acarretou, a curto e longo prazo, consequências visivelmente negativas para a ciência obstétrica.

Para Sheila Kitzinger (KITZINGER, 1978 *apud* OSAVA, 1997), a despersonalização entre paciente e até mesmo dos médicos é benéfica já que protege o profissional de sentimentos como ternura, sua própria emoção, simpatia e compaixão na relação médico—paciente.

(...)Trata-se de uma domesticação da emoção, na qual todos devem impedir as manifestações da subjetividade e ocultar quaisquer indícios que aventem uma fuga à “normalidade”. Não é um homem diante do corpo nu de uma mulher, mas um médico perante um “caso” (...) (KITZINGER, 1978 *apud* OSAVA, 1997. p. 63)

Apesar de pontual, o posicionamento de Kitzinger (KITZINGER, 1978 *apud* OSAVA, 1997) pode ser questionado pelo simples motivo de que a despersonalização da paciente e conseqüentemente a dissociação do médico de seus sentimentos

podem acarretar aumento da incidência de violação aos direitos humanos, visto que a partir do momento em que a paciente se torna apenas um caso e a dissociação é extrema, o profissional pode atuar de modo menos atencioso.

Resumidamente, a linha entre a despersonalização da paciente e dissociação do profissional da saúde e sua atuação atenciosa é muito tênue, visto que os extremos da linha podem ser prejudiciais para ambos os polos, como exposto por Carmen Lúcia Alves Filizola e Noeli Marchioro Liston Andrade Ferreira:

(...) Além disso, os enfermeiros vêem outros efeitos negativos do envolvimento, como a perda da objetividade, do senso crítico, o que impossibilita a execução de determinados cuidados e pode também piorar o estado emocional do paciente. (...) Vemos nestas falas a expressão do medo que a proximidade com o paciente pode trazer acarretando malefícios para ambos, profissional e paciente. Daí a necessidade de se manter alguma distância do paciente, desenvolvendo uma certa “frieza” para poder prestar o cuidado necessário(...) (FILIZOLA e FERREIRA, 1997.p.12)

Apesar de crucial, o distanciamento do profissional da saúde deve ser feito cuidadosamente de modo a não afastar sua visão da paciente como um ser humano detentor de direitos, deveres e sentimentos.

O avanço da medicina e a conseqüente redução da atuação das parteiras, resultou em uma negligência ao lado psicológico da *práxis*. Observa-se a preocupação com o bem-estar do paciente, contudo, pouco se fala dos sentimentos daquele indivíduo, somente é abordado o bem-estar físico do paciente na maioria das atuações médicas.

(...) No hospital, o aparelho reprodutivo da mulher é tratado como uma máquina de nascimento, conduzida por habilidosos técnicos dentro de parâmetros de tempo inflexíveis (...) é o dilema colocado por Davis-Floyd, da realidade natural versus realidade tecnológica; o real passa a ser o modelo tecnológico. O processo natural do nascimento surge para confirmar o modelo tecnológico. A tecnologia fascina os médicos em treinamento, e a valorização das máquinas é mais estimulada que a das pessoas. Um jovem residente comenta esta situação, lamentando que “qualquer pessoa que mostra um interesse humano pelo paciente não é respeitada. O que é respeitado, é o interesse por máquinas” (...) (OSAVA, 1997. p. 64-65)

No Brasil, pontua Osava (1997), a referida situação de despersonalização da paciente agrava-se, pois, a postura do médicos brasileiros é de poder

inquestionável e atendimento medicalizado no parto. Afirma que os baixos salários estimulam o descompromisso com a saúde, acarretando a falta de serviços obstétricos de qualidade; “as mulheres começam a se dar conta de que precisam mais do que uma simples vaga na maternidade para se considerarem satisfeitas com a assistência recebida durante o parto” (OSAVA, p. 65)

A autora (OSAVA, 1997) cita o resumo de Arruda (1989) para sintetizar o depoimento produzido pelo Coletivo Feminino de Boston, mas que “poderia ter sido produzido entre nós, sem nenhum retoque” (OSAVA, p. 65):

(...) o parto para eles [estudantes de medicina] identifica-se com a mulher deitada de costas, pés nos estribos, anestesia, indução, episiotomia ou cesárea (...) não aprendem coisas importantes, como massagem, apoio físico, habilidades de parteiras: acham bobagem e não têm tempo a perder. Por outro lado, aprendem a fazer intervenções mecânicas para apressar o parto, sem consciência de suas repercussões físicas e psíquicas sobre a mulher. Eles têm que praticar, e impõem manipulações “para o nosso bem” ou “para o bem do bebê” (...) (ARRUDA, 1989 apud OSAVA, p. 65)

Dessarte, entende-se que a medicina e a psicologia precisam traçar juntas o caminho a ser percorrido durante o procedimento, de modo a obter os melhores resultados para as pacientes. Desde a antiguidade, como observado no tópico anterior, as parteiras auxiliavam o aspecto psicológico e emocional das parturientes, salientando – portanto – a importância da conexão do corpo com o emocional.

O papel da psicologia na medicina tem a ver com a análise etiológica, classificação, diagnóstico, prevenção e reabilitação mais do que o aspecto emocional propriamente dito. Isto posto, comprova-se novamente, uma preocupação quase exclusiva com o bem-estar físico do paciente, renegando o emocional.

Atualmente, observa-se uma corrente crescente de atuação de profissionais da psicologia dentro da medicina de modo a auxiliar com o estresse e ansiedade em situações delicadas. Contudo, trata-se majoritariamente de medicina preventiva – visto que estressores podem ocasionar alterações neurológicas, endócrinas e imunológicas, atrapalhando o funcionamento do organismo ou tratamentos em andamento - e não da preocupação com a *psique* do paciente.

Um exemplo é o ramo da psicologia da saúde, que apesar de aprofundar os conhecimentos em métodos de aprimoramento do bem-estar dos indivíduos e comunidades, possui um aspecto de medicina preventiva.

(...) Os psicólogos da saúde se direcionam para a compreensão da forma como os fatores biológicos, comportamentais e sociais influenciam a saúde e a doença. Podem estar centrados na promoção da saúde e prevenção de doença, trabalhando com os fatores psicológicos que fortalecem a saúde e que reduzem o risco de adoecer, podem disponibilizar serviços clínicos a indivíduos saudáveis ou doentes em diferentes contextos e, podem ainda, estar envolvidos em pesquisa e investigação, no ensino e formação (...) (TEIXEIRA, 2004 *apud* MALAGRIS, 2011).

Apesar de tudo, a atuação do médico é basilar para o bom desenvolvimento da gravidez e futuramente um parto seguro tanto para a mãe quanto para o bebê. Osava (1997) expõe em sua obra a importância também da atuação do não-médico no parto, tal como parteiras e enfermeiras obstétricas.

A posição das enfermeiras obstétricas e parteiras pode ser considerada tão fundamental quando o médico no processo de parturição, entretanto, a discussão acerca de sua indispensabilidade no procedimento é ainda motivo de debate dentro da comunidade médica.

(...) Segundo a grande maioria dos gineco-obstetras (78%), a parteira deveria trabalhar sob sua autoridade; também responderam da mesma forma: 62% dos médicos de família, 38% das enfermeiras de hospital e 11% das enfermeiras comunitárias. Para a maioria das parteiras (99%), deveria trabalhar com autonomia, requerendo o médico apenas em caso de problemas (...) (OSAVA, 1997. P.56)

O auxílio dos referidas não-médicos é fundamental visto que aumenta o leque de conhecimento no momento da parturição, ou seja, mais setores serão resguardados e não somente o bem-estar físico da paciente. Ademais, é impossível que apenas um médico obstetra dê a atenção necessária à uma paciente, visto que em uma maternidade existem diversas outras em trabalho de parto e, comumente, poucos obstetras. Nesse toar, apesar do frequente debate uma atuação não exclui outra, somente complementam-se.

O distanciamento do médico para a paciente pode ser suprido, de certo modo, pela atuação solícita de enfermeiras e parteiras. Segundo pesquisa divulgada

pela Agência Brasil “98% das brasileiras entrevistadas consideram importante que o ginecologista dê acolhimento, realize exames clínicos, dê atenção, aconselhe, passe confiança e forneça informações claras” (ALBUQUERQUE, 2019).

(...) Em uma situação de parto, 89% declararam que se sentiriam seguras com a assistência de um ginecologista/obstetra, percentual que cai para 54% se o atendimento fosse feito por um plantonista, 49% se fosse uma doula, 43% se fosse uma enfermeira e 42% caso o parto fosse acompanhado por uma parteira (...) (ALBUQUERQUE, 2019).

Todavia, o presidente da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), César Eduardo Fernandes, esclarece que apesar do positivo posicionamento das pacientes acerca dos médicos, existem – dentro da ciência – aqueles que merecem reprovação – e estes serão abordados futuramente dentro deste capítulo – sendo os perpetuadores de violência obstétrica. Salieta também que existe, dentro do próprio público feminino, uma confusão latente entre a boa atuação de parteiras, enfermeiras e médicos obstetras.

(...) Existe uma confusão conceitual por parte das pessoas, especialmente da mulher, com relação ao que é uma boa assistência ao parto. Então, ela pede à doula, que não é profissional de saúde, apesar de ser importante para oferecer suporte emocional e físico. Mas a doula não pode fazer o parto. Quem pode fazer o parto é uma enfermeira com formação obstétrica, desde que acompanhada por um médico (...) (FERNANDES *apud* ALBUQUERQUE, 2019).

Observa-se, portanto, um reinado de desinformação entre as pacientes obstétricas e os médicos causado pelo referido distanciamento, de modo até a influenciar no bom correr do procedimento de parto. O tabu de mostrar suas partes íntimas e tê-las tocadas por um estranho ainda é muito forte entre as mulheres, ao ponto de pelo menos 5,6 milhões de brasileiras não terem o hábito de ir ao ginecologista-obstetra, 4 milhões nunca terem sequer procurado atendimento com esse profissional e outras 16,2 milhões não passarem por consulta há mais de um ano, como indicado na pesquisa da Febrasgo (ALBUQUERQUE, 2019).

(...) Sete em cada dez mulheres têm o ginecologista como seu médico de atenção para cuidar da especialidade e para cuidar da saúde de um modo geral. Não é diferente em outros países. É como se a ginecologia fosse a porta de entrada da mulher para a assistência básica de saúde. É muito comum a mulher que tem problemas que não são propriamente ginecológicos marcar consulta com o ginecologista e ele encaminhar para outro especialista (...) (FERNANDES *apud* ALBUQUERQUE, 2019).

Finalmente, têm-se que a dissociação e maus tratos às pacientes gineco-obstétricas acarreta não somente em uma perpetuação do parto como tabu na sociedade atual mas também influencia na falta de procura da população feminina à esta especialidade médica, o que ultimamente não somente infere em violência obstétrica e dificuldades no processo de parturição mas também na entrada e presença desse público no sistema de saúde.

(...) De acordo com as informações da pesquisa, entre aquelas que não costuma ir ao ginecologista, as razões mais alegadas são 'não preciso ir, pois estou saudável (31%)' e 'não considero importante ou necessário ir ao ginecologista (22%)'. Há ainda aquelas que dizem não ter acesso ao médico ginecologista ou não haver esse especialista na localidade onde residem (12%), ter vergonha (11%), ou não ter tempo (8%) (...) (ALBUQUERQUE, 2019)

A complicação dos partos é somente uma consequência do distanciamento das pacientes dos profissionais da saúde de modo geral, visto que uma boa saúde ginecológica e um acompanhamento pré-natal bem feito reduzem exponencialmente as dificuldades no parto, pois caso haja complicações serão esperadas pelos profissionais da saúde que auxiliam a paciente.

Ultimamente, a manutenção do tabu – como abordado pelos 11% das entrevistadas na pesquisa – bem como outras razões, não somente inferem problemáticas no parto mas efetivamente distanciam a mulher de exercer seu direito fundamental ao acesso à saúde. Nesse toar, às populações mais vulneráveis de brasileiras restam poucas opções: ou submetem-se ao sistema dissociado médico-paciente e correm o risco, como ocorre frequentemente em hospitais públicos, de sofrerem violência obstétrica/ginecológica ou jogam roleta-russa com sua própria saúde.

1.3 O PARTO NA ATUALIDADE

A revolução feminista em meados dos anos 60, indubitavelmente trouxe modificações para a organização social global, especialmente na esfera obstétrica. Como supracitado, após um período de desvalorização do *midwifery* e conflitos entre os profissionais da saúde e as parteiras, uma corrente de humanização tomou força entre as mulheres, de modo a trazer de volta à tona a atuação de parteiras e doulas como auxiliares no processo de parturição.

Segundo a ótica de Martins (2004) dada a característica geracional da prática parteira, não é possível nomear o “pai” ou “mãe” da obstetrícia como nas outras áreas da ciência médica, mas é possível traçar uma linha de desenvolvimento para chegar até a atualidade.

A humanização do parto nada mais é do que a atenção aos detalhes: compreender a experiência da parturição sob uma ótica acolhedora, zelosa e criar um vínculo entre os integrantes do procedimento. (POSSATI *et al*, 2017)

(...) a humanização abrange o acolhimento digno à tríade mulher-bebê-família a partir de condutas éticas e solidárias. Para isso, é necessária a organização da instituição com um ambiente acolhedor em que prevaleçam práticas que rompem com o tradicional isolamento imposto à mulher. Também abrange a incorporação de práticas e procedimentos que possam contribuir para o acompanhamento e a evolução do parto e do nascimento, abandonando condutas despersonalizadas e intervencionistas, que acarretam riscos à saúde materno-infantil (...) (POSSATI *et al*, 2017)

Ao abordar o tópico de humanização do parto – e sua conseqüente naturalização - é imperioso salientar entendimentos diversos acerca deste. Para Carmen Susana Tornquist (2002) o avanço tecnológico da medicina, inadvertidamente, transformou o parto – que antes era entendido como um procedimento simples e sadio – em algo complexo e patológico. Por esse motivo, dão-se as críticas à excessiva medicalização do procedimento, incentivando mulheres do mundo todo a buscarem em suas origens naturais, um processo mais respeitoso à simplicidade do parto.

Menciona (TORNQUIST, 2002) que as campanhas de incentivo ao parto natural impulsionadas pelo Ministério da Saúde, à época, são exemplos da referida iniciativa. Exemplifica que o parto realizado de “cócoras”, ou seja, agachada verticalmente, é o parto mais natural, motivo pelo qual é realizado há milhares de anos pelas comunidades indígenas.

(...) Ao contrário das mulheres modernas, que teriam se distanciado de processos biofisiológicos em função de um processo civilizador, as mulheres indígenas estariam aptas a parir mais adequadamente em função dos usos do seu próprio corpo. A associação da postura fisiológica com o parto de

cócoras indígena aparece claramente colocada por esse autor [Paciornik]. De outro lado, em muitos manuais e guias de preparação para o parto, são freqüentes as comparações entre o parto no Ocidente e em outras sociedades, acentuando-se a inadequação das formas medicalizadas e a superioridade de outras culturas. Essas referências são verdadeiras fontes de inspiração de uma espécie de antropologia do parto que tem sido produzida no âmbito do ideário e são compartilhadas pelas pessoas que buscam alternativas às formas convencionais de parir (...) (TORNQUIST, p. 488)

O conceito de humanização foi abrangido também no Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), proposto pelo Governo no início dos anos 2000, com a intenção de promover a qualificada atenção ao pré-natal sobre seu acesso e cobertura, bem como zelar pelos processos parturitivos e puerperal. (POSSATI *et al*, 2017)

Dessarte, observa-se uma tentativa de resgate das origens naturais do procedimento com sua abordagem humanitária, com – inclusive – incentivo Estatal. Tornquist (2002) discorre, contudo, acerca da impossibilidade, causada pela ocidentalização forçada das culturas, de se pensar no parto como um evento além da cultura, visto que, como qualquer outro ritual, é também uma construção social.

Nesse sentido, entende-se – atualmente – que é preciso aprender a parir, ou seja, a visão de que é algo inerente ao gênero feminino se perde. Trata-se de uma socialização consciente que infere diretamente na recuperação destes instintos naturais suprimidos pelo excesso de intervenção médica. (TORNQUIST, 2002)

(...) aprender e treinar técnicas corporais que foram desaprendidas na medida em que o parto deixou de ser assunto de mulheres e passou para o campo médico, tornando-se um saber esotérico, muitas vezes inacessível à maioria das mulheres. A pedagogia do parto se coloca como uma tarefa da mulher moderna, que escolhe dar à luz, que é dona de seu corpo e de sua sexualidade: há um feminismo em todas essas imagens das mulheres cuja singularidade (um corpo capaz de gestar e parir) é valorizada como um espaço de poder e de saber. As mulheres são vistas como capazes de ter seus filhos com a mediação e apoio de outras mulheres, não lapidadas pela formação médica intervencionista (...) (TORNQUIST, p. 489-490)

Assim, a desconstrução do parto como procedimento exclusivamente médico na atualidade também requer a intensa dedicação das gestantes e parturientes na busca de profissionais apropriados e dispostos a auxiliar nessa “reeducação obstétrica”.

No Brasil, apesar do crescente movimento da humanização do parto, a excessiva intervenção cirúrgica obsta o processo de retorno às raízes naturais do procedimento. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2018, o Brasil ocupava a segunda posição no ranking de países com a maior porcentagem de cesáreas no mundo, atrás somente da República Dominicana.²

Isto se dá pelo estigma de que o parto natural é mais doloroso e, por conseguinte, mais difícil que a cesárea³. Contudo, conforme o “Conselho Federal de Medicina, no Brasil, o índice de morte materna em casos não-complicados é de 20,6 a cada 1000 cesáreas. Em contrapartida, são 1,73 mortes para 1000 nascimentos de parto normal”²

Enquanto extremamente necessária em determinados casos, a cesárea realizada superfluamente acarreta aumento exponencial de riscos para ambos mãe e bebê, visto que – como qualquer outra – não deixa de ser uma cirurgia invasiva, que requererá pontos, tempo de cicatrização e susceptibilidade a infecções.

Um estudo publicado pelo *The Lancet* (2018) aponta que a facilidade do parto por cesárea não é o único motivo por sua alta procura no Brasil. Sabe-se que o parto natural é consideravelmente mais longo e imprevisível, inclinando muitos profissionais da saúde a incentivarem as gestantes a optarem pelo método cirúrgico, visto que o pagamento pela cirurgia não somente será mais alto, mas também tomará menos tempo do profissional.⁴

Como medida de repressão à essa tendência, além de incentivo Estatal como o referido PHPN, o Ministério da Saúde, em 2016, publicou a portaria nº 306 – apelidada de Operação Cesariana - contendo novas diretrizes de atenção à gestante como obstáculo para a realização do procedimento sem justificativa médica.

² FEBRASGO. **Alta taxa de cesáreas no Brasil é tema de audiência pública**. 2018.

³ PINHEIRO, Chloé. **Cesáreas quase dobram pelo mundo: Brasil é um dos líderes do ranking**. 2018.

⁴ BOERMA, Ties *et al.* **Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections**. 2018.

Uma das referidas diretrizes, contidas no artigo 2º da Portaria refere-se à obrigatoriedade de “cientificação da gestante, ou de seu responsável legal, dos potenciais riscos e eventos adversos relacionados ao procedimento cirúrgico ou uso de medicamentos para a operação cesariana”⁵

Entretanto, conforme expõe Juvenal Barreto, diretor da Febrasgo em 2018, o aumento da remuneração para os profissionais da saúde nos partos naturais seria uma boa medida para a obste da realização da cirurgia, contudo, não resolveria a questão: “Existe um ecossistema de problemas que passa pela remuneração, mas também por leniência hospitalar e por uma dificuldade de se trabalhar em equipe multidisciplinar”.²

O processo de dissociação médico-paciente exposto no tópico anterior pode ser vislumbrado na situação abordada pelos especialistas supra, visto que a despersonalização da gestante chegou a tal ponto que os profissionais são movidos por interesses logísticos e econômicos quando deveriam guiar-se por diretrizes humanistas e que resguardassem os interesses das puérperas.

É inegável que o Brasil continua evoluindo conforme o padrão global para a normalização do parto natural e maior respeito à gestante, contudo, observa-se que atualmente a tríade entre interesses dos profissionais da saúde, mistificação do parto natural e desinformação são proeminentes no contexto social.

Finalmente, conforme será exposto posteriormente, a ocorrência de casos de violência obstétrica e a orientação social possuem uma relação direta, de modo que é curial a análise comparativa com outros países que possuem diferentes tramas socioeconômicas. Ainda assim, *à priori* pode-se observar uma tendência global ao retorno das raízes naturais do procedimento de parturição, à atuação das parteiras e principalmente da visibilidade da mulher como um ser exercente de direitos próprios e não somente como um caso a ser resolvido medicamente.

⁵ Portaria nº 306, de 28 de Março de 2016.

Apesar dos índices de violência obstétrica no Brasil ainda serem alarmantes, é possível vislumbrar uma modificação lenta e gradual no arranjo social de modo a afetar a percepção das próprias gestantes – e seus familiares – de seus direitos e, principalmente, dos deveres inerentes ao juramento feito pelos profissionais da saúde envolvidos.

1.4 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL

O juramento de Hipócrates, como é conhecido o juramento proferido pelos formandos de medicina, possui – dentro de várias outras colocações – a seguinte frase: “aplicarei os regimes para o bem do doente segundo o meu poder e entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguém”⁶.

Nesse toar, depreende-se que desde o início de sua formação até o momento da formatura, os estudantes da ciência médica têm plena consciência de sua posição e deveres dentro da malha social. Assim, devem empreender o exercício da medicina com respeito e sabedoria aos indivíduos que atendem. Contudo, como em qualquer área, nem todos os médicos ou profissionais da saúde exercem a profissão como deveriam, proferindo comentários ou inferindo práticas arcaicas ou prejudiciais aos pacientes.

Primeiramente, violência obstétrica pode ser conceituada como uma violação aos direitos das parturientes, que inclui a perda da autonomia sobre seus corpos. É um meio de apropriação dos processos reprodutivos femininos pelos profissionais da saúde por meio de detenção mecanizada, impessoal e massificada do parto (ZANARDO, 2016).

Segundo posicionamento de Zanardo (2016) o fenômeno da violência obstétrica é recorrente na América Latina, sendo intensificado pela desinformação das gestantes e receio de questionar o profissional durante o transcurso do parto. No

⁶ Juramento completo no endereço eletrônico do Conselho Regional de Medicina do estado de São Paulo. Online. 2020.

Brasil, segundo estudo realizado pela Fundação Perseu Abramo, em 2010, uma entre quatro mulheres brasileiras sofre algum tipo de violência obstétrica.⁷

É imperioso que sejam elencados os tipos de violência obstétrica possíveis, visto que o aspecto físico – apesar de mais clamoroso – é apenas um dos inúmeros meios de perpetuação da violação dos direitos da puérpera. As práticas podem variar entre física, psicológica e emocional.

Dentre as práticas físicas elencadas por Vanilde Pereira Nery e Gláucia Pereira de Lucena podem ocorrer: analgesia peridural – bloqueio de dor e consequente sensação dos membros, geralmente inferiores -; amniotomia – rompimento da membrana que envolve o feto com o objetivo de aceleração do parto -; manobra de Kristeller – manobra que consiste em pressionar a parte superior do útero para acelerar a saída do bebê–; episiotomia – corte do períneo para facilitar a passagem do bebê -, e o apelidado “ponto do papai” ou “ponto do marido” – suturas realizadas no local da episiotomia ou do rasgo perineal de modo a “apertar” a entrada do canal vaginal, proporcionando ao parceiro maior prazer sexual –; uso do fórceps sem prescrição médica dentre outros.

Apesar menos grotescas, práticas como a tricotomia – retirada de pelos pubianos – lavagem intestinal; restrição de alimentação/bebida; restrição de movimentação durante o procedimento; imobilização de braços ou pernas e exames de toque e em excesso também podem ser considerados tipos de violências obstétricas físicas.⁷

(...) As práticas de violências obstétricas mais recorrentes foram: em 36,4% dos casos, analgesia peridural em 33,9% e amniotomia (consiste em romper a membrana que envolve o feto para aceleração do parto), 39,1%. Em mais de 70% das mulheres foi realizada a punção venosa periférica, enquanto o uso de ocitocina e a amniotomia ocorreu em cerca de 40% delas, e a analgesia raqui/epidural em cerca de 30%. Durante o parto, a incidência da posição de litotomia, manobra de Kristeller e episiotomia foram de 92%, 37% e 56%, respectivamente. Foi verificada uma série de intervenções e induções do parto, muitas vezes desnecessárias. O aceleração do parto, com episiotomias, o uso de ocitócitos, a redução de colo, e ruptura artificial de membranas. 67,9% das mulheres utilizaram práticas que interferem na

⁷ GOTTSCHALK, Marcie *et al.* As faces da Violência Obstétrica. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/jordi/172-violenciaobstetrica/>.

fisiologia do parto, sendo a mais realizada a administração de ocitocina (...)
(NERY *et al*, p. 10)

Nesse toar, as práticas físicas são explicitamente praticadas dentro do ambiente hospitalar, onde – com exposto previamente – há a despersonalização da gestante bem como o afastamento desta de seus familiares e superveniência da posição do médico. Porém, os aspectos psicológicos da violência obstétrica, em muitos casos, são perpetuados em frente aos acompanhantes das puérperas, sob a vista da sociedade, dada ignorância do potencial lesivo destas práticas.

Segundo pesquisa realizada por Marcie Gottschalk, após entrevista com diversas puérperas, constatou-se que os tipos de violência psicológica e emocional podem variar entre tentativa de silenciamento da puérpera durante o procedimento – impedi-la de gritar ou manifestar dor/incomodo-; comentários de cunho preconceituoso, como xingamentos e deboches, acerca de sua posição social, etnia, opção sexual, número de filhos, escolaridade, religião, crença, estado civil ou até gênero; recusa de atendimento etc.⁷

Insta asseverar que qualquer expressão verbal ou comportamental que instigue na mulher sentimentos de inferioridade, abandono, medo, insegurança e instabilidade emocional são considerados violência obstétrica psicológica.

(...) Os resultados apontaram ainda que durante o parto, 52,3% das gestantes sentiu-se inferior, vulnerável e insegura; 49,8% sentiu-se exposta e sem privacidade. Foi feito uma avaliação do impacto do parto no desenvolvimento de transtornos em mulheres, e destacou que entre as que passaram por uma história de parto traumático, 60% apresentaram sintomas depressivos nas primeiras semanas após o parto (12,15) (...) (NERY *et al*, p. 11)

Ainda, Segundo Gottschalk, mesmo em casos de abortamento é possível que haja violência obstétrica pelo excesso de toques; procedimentos invasivos; demora no atendimento ou até recusa deste; excesso de questionamentos do motivo do aborto, culpabilização da mulher e denúncia. Todos os estes, juntamente com os tipos de violação físicas e psicológicas mencionadas previamente, podem provocar ou intensificar um quadro de depressão pós-parto.⁷

Há nos veículos de mídia inúmeras histórias de violência obstétrica no Brasil, atualmente, com o aumento da vocalização do tópico, as denúncias de práticas

abusivas têm crescido. Segundo matéria do G1, um casal foi denunciado por agressão por parte de médica obstetra após o companheiro da parturiente agredir fisicamente a profissional nas dependências do hospital.⁸

Em entrevista para o veículo, o companheiro da puérpera afirma que somente disferiu agressões físicas à médica após atos de violência obstétrica física e psicológica praticados pela profissional.

A mãe do bebê relata com detalhes a violência infringida pela profissional:

(...) Mesmo sabendo que estava com bolsa estourada e sem dilatação, ela [médica] insistiu no parto normal. Várias manobras, muitas incômodas, e eu informava que não estava conseguindo. Ela começou a xingar e dizer que eu não estava ajudando meu filho a nascer, que estava pronta mas não aproveitando as contrações, que era só fazer força (...) Eu implorava para parar com aquilo, que estava me machucando. Quando ela tirou os dedos e o instrumento, eu disse pro meu esposo: 'Não deixa ela tocar em mim!' (...) (G1, 2020)

Em meio a isto, o pai do bebê – sem saber como auxiliar a parceira – desesperou-se:

(...) Começou a bater o desespero, não sabia o que fazer pra ajudar. Ela começou a se descontrolar, a nos xingar. Eu pedi cesárea, depois implorei, e quando não fui atendido, comecei a discutir feio (...) Eu entendo: uma médica renomada não vai aceitar um 'Zé Ninguém' empurrar assim. Começou a me desejar a morte, disse que desejou a morte da minha filha. Outras pessoas falando pra ela parar de fazer isso, e escutava ela [a médica] chorar muito alto. Mas tinha outra prioridade, que era minha esposa e filha (...) (G1, 2020)

A situação da violência obstétrica relatada na matéria, apesar de decepcionante e entristecedora ao leitor, não é um caso isolado tampouco um dos casos mais graves de violência obstétrica no Brasil. Recentemente, no interior da Bahia, um bebê prematuro foi decapitado durante uma tentativa forçosa de parto natural pelos médicos responsáveis. O pai do bebê informou ao veículo de imprensa que a acompanhante da puérpera viu o momento em que a cabeça do bebê foi desconectada do torso e caiu no chão.⁹ Entretanto, casos como o mencionado não tomam proporções maiores

⁸ Redação G1. **Casal rebate acusações e reclama de violência obstétrica de médica em Pelotas: 'Que eu seja a última vítima'**. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2020/06/03/casal-rebate-acusacoes-e-reclama-de-violencia-obstetrica-de-medica-em-pelotas-que-eu-seja-a-ultima-vitima.ghtml>. Acesso em: 20 nov. 2020.

⁹ G1. **Bebê é decapitado durante parto e família clama por justiça**. 2020..

dada a desinformação da população sobre os métodos de reparação da violência – como será abordado futuramente neste trabalho.

Em contrapartida, em 2002 um caso de violência obstétrica por negligência foi às manchetes internacionais. A gestante Alyne Pimentel encontrava-se com seis meses de gestação quando procurou a Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória, situada em Belford Roxo, queixando-se de náusea e dores abdominais. Negra, de classe socioeconômica desprivilegiada e grávida do segundo filho, a gestante permaneceu nas mãos do sistema.

Após passar por vários médicos, constatou-se morte fetal e que o parto prematuro deveria ser induzido. Após o procedimento, a condição da paciente – que se agravava pela falta de atendimento e despreparo dos médicos – deteriorou-se de tal modo que a gestante veio à óbito, tendo como *causa mortis* hemorragia digestiva, visto que após autópsia constatou-se que o feto estaria morto há dias dentro do corpo da gestante, sem que fosse detectado tampouco removido pelos profissionais.

Por este motivo, a genitora da gestante juntamente com a organização não governamental internacional *Center for Reproductive Rights* (Centro de Direitos Reprodutivos) e a organização não governamental nacional *Advocacia Cidadã pelos Direitos Humanos* apresentou comunicação individual contra o Estado Brasileiro perante o comitê da Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW).

(...) O Brasil teria violado, assim, expressamente o disposto na alínea “c” do artigo 2º pela demora na prestação jurisdicional no julgamento da ação de indenização proposta pelo marido de Alyne Pimentel. Entretanto, o argumento fundamental era o fato de que a morte de Alyne Pimentel se deu em decorrência de sua condição como mulher, negra e de classe socioeconômica desprivilegiada. A questão central era, portanto, que a falta de atendimento médico de qualidade que resultou na morte de Alyne Pimentel era reflexo de um quadro de violência estrutural e discriminatória que impacta as mulheres pobres e negras no Brasil. Em síntese, os fundamentos que levaram à comunicação junto ao Comitê CEDAW foram: a) a violação ao direito, à saúde e à vida; b) a ineficiência de prestação jurisdicional que garantisse a proteção de Alyne Pimentel e sua família contra a discriminação de gênero sofrida, e c) a sistêmica condição de discriminação de gênero e violação do direito à saúde das mulheres pela ineficiência dos serviços médicos prestados (...) (CATOIA *et al*, 2020)

Como justificativa ao Comitê, o Estado brasileiro negou a causa da morte da paciente como morte materna sob a tese de que o Comitê de Mortalidade Materna do Rio de Janeiro constatou a *causa mortis* como hemorragia digestiva. Em decisão, o CEDAW determinou que a morte da paciente foi materna, e considerou que o Brasil não tomou todas as medidas cabíveis para eliminar a evidente discriminação contra as mulheres na saúde de modo a assegurar seu acesso, ressaltando que o óbito da gestante foi resultado da inacessibilidade plena de seus direitos por ser mulher negra e pela sua situação socioeconômica (CATOIA *et al*, 2020)

Resta evidente que a situação socioeconômica das mulheres interfere no tipo de atendimento médico que receberão, o que converge com o posicionamento do ex-diretor da Febrasgo, Juvenal Barreto, acerca do aumento salarial dos médicos como incentivo à naturalização do parto. Contudo, equivoca-se, visto que o aumento salarial dos profissionais da saúde, apesar de necessário, não inferirá alteração na situação socioeconômica dos pacientes que atendem, o que ultimamente, não modificará o cenário.

A grande questão brasileira é o posicionamento ideológico por trás do parto. Até 2018, como referenciado previamente, havia projetos Estatais para a proteção e informação de gestantes e puérperas acerca do procedimento, bem como um incentivo por parte do Ministério da Saúde para os profissionais e pacientes denunciarem e resguardarem-se de situações de violência. Contudo, após a eleição do atual presidente, Jair Bolsonaro (sem partido), em 2018, a malha estrutural do Governo alterou-se, de modo a influenciar diretamente nos Ministérios.

O Ministério da Saúde, que previamente promovia ações contra a violência obstétrica, publicou despacho em 03 de maio de 2019, informando sua discordância com o termo “violência obstétrica” entendendo não agregar valor e ser prejudicial a busca do cuidado humanizado no *continuum* gestação-parto-puerpério¹⁰

(...) Percebe-se, desta forma, a impropriedade da expressão “violência obstétrica” no atendimento à mulher, pois acredita-se que, tanto o profissional de saúde quanto os de outras áreas, não tem a intencionalidade de prejudicar ou causar dano(...) (SEI/MS 9087621)

¹⁰ MINISTÉRIO DA SAÚDE. SEI/MS 9087621. 03 de maio de 2019.

O posicionamento do Ministério da Saúde gerou revolta nos cidadãos já que contraria o entendimento da Organização Mundial da Saúde, cujo reconhecimento de medidas para proteção das gestantes e puérperas é notório. Após a polêmica, e com recomendação do Ministério Público Federal, o Ministério da Saúde reconheceu por ofício enviado no dia 07 de junho de 2019, o termo, apesar de não o mencionar sequer uma vez no documento.

Dessarte, como será explicitado no próximo tópico, a influência do neoconservadorismo na trama social e política brasileira, como já demonstrado também com o caso Alyne Pimentel, afeta diretamente as mulheres visto que são uma camada menos privilegiada da sociedade. Ademais, os índices e estudos apontam que a violência obstétrica, apesar das várias ações governamentais e de órgãos internacionais é frequente, intensificando-se com a mecanização e dissociação do médico (ZANARDO, 2016). A despersonalização da paciente bem como o excesso de procedimentos médico-cirúrgicos retira da parturiente a autonomia da situação, entregando-a ao profissional da saúde, que pode – ao bel prazer – submetê-la a situações física e psicologicamente degradantes durante o procedimento.

O movimento feminista possui forte atuação na retomada da autonomia das mulheres sobre seus próprios corpos, incluindo o parto como uma de suas principais abrangências. É inegável a existência de violência obstétrica, especialmente com os dados apresentados pelos especialistas ao longo deste capítulo, contudo, a maneira com que o tema é abordado no Brasil ainda é arcaico, engessado por tradição e imposição das classes dominantes – das quais incluem-se os profissionais médicos. Para que a situação continue a alterar-se positivamente é curial que as mulheres retomem por completo o controle de seus próprios corpos, posicionando-se contra os abusos e especialmente disseminando conhecimento acerca das práticas abusivas.

A persistência da violência será presente enquanto as práticas médicas forem carregadas de significados culturais estereotipados e arcaicos sobre a desvalorização e submissão feminina. A condição de trabalho dos profissionais da saúde é apenas um dos fatores que facilitam a manutenção dos abusos, de modo que, é necessária uma reforma ideológica de toda a teia social brasileira que afaste a

ótica da mulher como ser inferior e submisso e atrele o nascimento como o real alicerce da sociedade, e as mulheres como facilitadoras deste processo.

Desse modo, atuação do conservadorismo na manutenção do *status quo* brasileiro é nítida, auxiliando na manutenção dos desprivilegiados em sua situação de vulnerabilidade enquanto continua a perpetuar a supremacia dos privilegiados, comumente, homens brancos e de posição socioeconômica avantajada. A luta de classes em uma sociedade moderna é desproporcional aos princípios de igualdade e equidade, garantidos especialmente pela Constituição Federal de 1988. A retomada do controle pela população vulnerável é um passo para a quebra do paradigma de “castas” e o acesso destas aos direitos fundamentais.

CAPÍTULO II

O CONSERVADORISMO E SUAS IMPRESSÕES NO PLANO FÁTICO

2.1 CONSERVADORISMO: CONCEITO, ABRANGÊNCIA E APLICAÇÃO

Como qualquer conceito abstrato, o conservadorismo não possui uma data específica de origem, passando por constante evolução ao longo dos séculos. Conforme o pensamento humano se desenvolve e amplia, também o faz a conceituação da referida concepção. Entretanto, é possível traçar uma linha do pensamento conservador, desde suas primeiras abordagens teóricas e os consequentes efeitos no plano real à sua aplicação no cotidiano.

Trata-se de uma movimentação contrária ao sistema de organização feudal, voltando-se para o crescente desenvolvimento do sistema capitalista, protagonizado pelas revoltas burguesas na Inglaterra e França nos séculos XVII e XVIII.

Um dos primeiros estudiosos a abordar o conservadorismo foi Edmund Burke em sua obra *Reflexões sobre a Revolução em França* (1790), que se tornou leitura obrigatória para todos os interessados nos moldes do pensamento conservador, isto porque a obra compõe temas centrais que discutem a agenda conservadora dos últimos séculos (Gahyva, 2017).

Para Burke, a revolução não significa a transformação radical de uma sociedade, momento fundador de uma nova sociabilidade e, por isso, crivado por contradições, tensões, mas também por elementos e valores emancipatórios (...) esse tipo insurrecional de revolução é tomado, de maneira unilateral, como momento de decadência e degradação, no qual a ordem estabelecida é destruída e as tradições, rebaixadas. (SOUZA, 2016. P. 363).

Entende-se, portanto, que o conservadorismo moderno segundo a ótica de Burke surge como uma resposta ao movimento revolucionário francês, cujo lema

notadamente era *liberté, égalité, fraternité*, implicando que as reformas sociais podem ser admitidas desde que não resultem de um processo de completo colapso das tradições e organização social pretéritas.

Nesse toar, é possível observar que o real pivô da Revolução Francesa (1789), portanto, foi a crescente ideologia Iluminista que abria trincheiras na sociedade europeia após séculos de notável saudosismo às práticas tradicionalistas e aristocratas. Indiretamente, por conseguinte, o Iluminismo é uma das fontes do pensamento liberal, fomentando a aversão a práticas enraizadas na sociedade pré-revolucionária.

É compreensível, de certo modo, a aversão de Burke pela ruptura dos padrões na Europa pré-revolução francesa, isso pois trata-se de tramas instauradas e alicerçadas pela sociedade há séculos, com pouquíssimas mudanças durante o período medieval.

O terceiro presidente dos Estados Unidos, Thomas Jefferson (1743-1826), notável conservador, entendeu que apesar da quebra de paradigmas ocasionada pela independência, a forma de governo deveria adaptar-se às condições sociais e não ser ditada por regras abstratas. Ainda, postulava que a Constituição deveria assegurar os direitos das gerações e não somente dos indivíduos, de modo que não poderia ser imposta inflexivelmente a gerações futuras. Para Jefferson, os costumes dariam vozes às gerações passadas, o que serviria de orientação para as gerações futuras (SCRUTON, 2020)

É possível depreender que o conservadorismo tem como base um saudosismo às tradições, práticas instauradas e ao passado da sociedade, visando uma manutenção do padrão já imposto e perpetuação dos meios aplicados a gerações futuras. Entretanto, é curial salientar que os conceitos de progressismo e conservadorismo não gladiam entre si, mas sim convivem em *ecto-simbiose*, ou seja, sua existência depende da oposição, contudo, convivem em inconstância sobre qual posição cada um tomará, exemplificando, qual será o tubarão e qual a rêmora.

Segundo a visão do estudioso do movimento conservador Roger Scruton (2020), somente há sentido em uma visão liberalista em um contexto em que também há o emprego do conservadorismo, *vide*:

(...) os liberais se rebelam por natureza; os conservadores obedecem por natureza. Os conservadores acreditam que, se a cultura de obediência for destruída, de modo que direitos sejam declarados e deveres esquecidos, o resultado será o terror totalitário que vimos em seguida à Revolução Francesa (...) (SCRUNTON, 2020. P. 48)

Dessarte, entende-se que a existência do progressismo - este mais radical ou conservador – é uma resposta ao conservadorismo e às insatisfações que acarreta. A apresentação de conflitos entre os dois conceitos se dá por sua polaridade e frequente tentativa de reger a sociedade, contudo, a primária existência de um somente se dá pela existência do outro.

O período a que se refere o autor ficou conhecido como “O Terror” na história francesa pois, da ruptura dos padrões aristocráticos - sustentados por uma nobreza ostensiva e um clero corrupto - insurgiram-se práticas violentas de execução da oposição pelos jacobinos, vertente mais radical do movimento revolucionário.

Sob a ótica do historiador Albert Mathiez (1874-1932), os jacobinos seriam, portanto, a parte mais progressista da Revolução da qual a política compatibilizava-se com os conhecidos como *sans-culottes* – camada popular urbana dos franceses, cuja atuação majoritária foi nos conflitos na capital do país - configurando-se, desta forma, como portadores de um republicanismo popular, ainda não efetuado na França contemporânea (MATHIEZ *apud* ARECO, 2015)

Resumidamente, o argumento utilizado por Burke e reproduzido por diversos estudiosos contemporâneos, como Scruton, é que a quebra abrupta das tramas por movimentos insurrecionais, dão origem ao caos social, dada ausência de um período empírico para avaliar a viabilidade ou não de determinadas práticas.

O movimento insurrecional seria um exemplo, portanto, de fanatismo laico e dogmático, tendo esta ótica sido perpetuada ao longo dos séculos por estudiosos conservadores, de modo que tanto o conservadorismo clássico quanto o

contemporâneo renunciam aos modernos ideais de democracia e justiça social, interpretando-os como meros desejos utópicos (SOUZA, 2016. P. 363-364)

Observa-se, então, a aplicação do conceito de conservadorismo no âmbito fático, visto que a busca por democracia e justiça social são pautas em constante debate em países de todo o globo. O autor Jamerson Murillo Anunciação de Souza (2016) entende que o pensamento conservador pós-revolução francesa não difere do perpetuado nos séculos XX e XXI, cujo foco são as correntes anti-capitalistas e, especialmente, o movimento comunista.

Em sua opinião, o conservadorismo, de certo modo, prega os progressistas como “agitadores dogmáticos, desprovidos da clarividência da prudência e do respeito às tradições herdadas de um passado remoto” (SOUZA. 2016. P. 366). Nesse sentido, observa-se que o conservadorismo não engloba somente a proteção aos valores passados, mas também a rejeição à mudança e, principalmente, à perda de privilégios das classes sociais favorecidas, como era o caso da aristocracia à época da Revolução Francesa e dos capitalistas nos debates econômicos dos séculos XX e XXI.

Dessarte, é possível depreender que ao longo do tempo a perpetuação do pensamento conservador obsta o efetivo desenvolvimento da sociedade, visto que favorece a trama vigente – também beneficiando os grupos dominantes – mesmo que seja contraproducente. Os posicionamentos progressistas são ilustrados como abstrações e utopias, os descredibilizando perante as massas, de modo a minar sua aplicação (SOUZA, 2016)

O conservador pensa na política como um meio de preservar a ordem, a justiça e a liberdade. O ideólogo, pelo contrário, pensa na política como um instrumento revolucionário para transformar a sociedade e até mesmo transformar a natureza humana. Na sua marcha em direção à Utopia, o ideólogo é impiedoso. (KIRK, *apud* MATTOS, 2017)

Segundo a orientação de Mario Sérgio Cortella (2019), Platão (c. 427-347 a.C.) em sua obra *A República* explica que os humanos são aprisionados no fundo de uma caverna, olhando para a parede, de costas à entrada. Todas as verdades que passam pela entrada, são projetadas como sombras aos humanos, que voltados para

a parede, as aceitam como verdadeiras. Explica que no campo da ética, a aplicação do conto encontra veracidade, deixando as pessoas se levarem pelas aparências, guiando-se meramente pela sombra da verdade.

Dessarte, observa-se que uma política descredibilizada para as massas tem sua aplicação completamente minada, visto que o público gentio aceitará como verdadeiro o posicionamento de figuras públicas, como tem ocorrido ao longo de toda a história humana. Um exemplo da afirmação supra é o julgamento da “bruxas” de Salém (1692-1693), situação em que histeria social abriu espaço para posicionamentos conservadores que beiravam o absurdo, cuja consequência foi a execução de dezenove pessoas.

A aplicação da ótica conservadora na sociedade é um ciclo de reprodução do mito platônico da caverna, ou seja, um jogo de depreciação do discurso da oposição de modo a efetivar a manutenção da trama social vigente pelo medo das massas de obterem uma situação pior do que pretérita por buscarem um pensamento inovador ou insurgente, ensejando em caos ou até no temeroso período do “Terror”.

2.2 A ONDA AZUL: CONSERVADORISMO EM ASCENSÃO

Apesar de um dos primeiros estudiosos a abordar o conceito de conservadorismo ser Burke em 1790, a presença do saudosismo pelas tradições e tentativa de manutenção do *status quo* se fazem presentes desde os primórdios da humanidade, apresentando-se de diferentes formas conforme a organização social vigente, período, economia e debates em ascensão (MATTOS, 2017)

Salienta-se que durante a história, são inúmeros os exemplos de figuras públicas e governos com orientações conservadoras, contudo, dada a extensão é impossível abordar a todos no presente trabalho, motivo pelo qual serão exemplificados apenas alguns para elucidar as nuances do conservadorismo e suas adaptações.

Como mencionado, o progressismo nasce como uma resposta ao conservadorismo, nesse sentido a repulsa ao novo e a tentativa de manutenção dos

valores pretéritos ensejam efeitos no plano fático visíveis sob um olhar atento. Na atualidade, é possível observar um aumento de adeptos à corrente conservadora, tanto no aspecto político-econômico, quanto no social.

Diversos autores descrevem a onda conservadora que tem dominado o cenário político mundial desde meados de 2015 como “onda azul” em contrapartida à “maré vermelha” ou “onda rosa” que é nomeado o neoliberalismo. Salientam que apesar da forte presença do conservadorismo no âmbito político, as políticas progressistas ainda possuem força, reduzida, porém considerável. (BRATILIEIRE, 2018)

Isto se explica pelas crises econômicas e anos de recessão que assolaram o globo nas últimas décadas, ocasionando demissões em massa, aumento dos marginalizados e desvalorização monetária. Em 2008, a ruptura da bolha imobiliária norte-americana ocasionou consequências em instituições de todo mundo como o Citigroup, Northern Rock, Swiss Re, Sadia entre outros. (FREITAS, 2020)

O saudosismo à uma época de fartura e qualidade de vida ensejam no crescimento de adeptos ao conservadorismo, pois assim como no período do Terror pós-revolução francesa – mesmo que por motivos distintos – há a quebra do padrão estabelecido, ocasionando em desconforto e incerteza.

Saullo Diniz (2017), professor e colunista brasileiro, cita Zygmunt Bauman (1925-2017) para discorrer sobre a crescente onda azul no contexto político global, referenciando que o avanço do conservadorismo remete à liquidez da modernidade. Para Bauman, em sua obra *Modernidade Líquida* (1999), diferentemente do passado em que tudo era organizado e pensado para a longevidade, atualmente as organizações sociais, relações e demais aspectos que tangem o ser humano são regidos pela efemeridade ou liquidez.

No século XX as relações humanas seriam cravadas como móveis de madeira maciça, com estruturas sólidas e duradouras. Com o advento da modernidade e do capitalismo, as relações se tornam mais voláteis e incertas, sendo passíveis de simples substituições e modificações com tamanha rapidez ao ponto de

dificultar sua contenção, por isso a expressão líquida. Haveria, portanto, segundo Diniz (2017) uma maior credibilidade para as relações sólidas.

Mudanças, em qualquer período histórico, ensejam em insegurança - social e jurídica – contudo, quando posicionadas de forma tão rápida como vêm ocorrido nas últimas décadas, ocasionam desnorteamento das massas, desprovidas de acesso à maiores estudos sociais e antropológicos.

Nesse sentido, segundo Bauman (1999) há o chamado, *comunitarismo*, ou seja, a junção de indivíduos em grupos para que haja auxílio mútuo, *vide*:

Em termos sociológicos, o comunitarismo é uma reação esperável à acelerada “liquefação” da vida moderna, uma reação antes e acima de tudo ao aspecto da vida sentido como a mais aborrecida e incômoda entre suas numerosas conseqüências penosas (...) Um aspecto muito visível do desaparecimento das velhas garantias é a nova fragilidade dos laços humanos. A fragilidade e transitoriedade dos laços pode ser um preço inevitável do direito de os indivíduos perseguirem seus objetivos individuais, mas não pode deixar de ser, simultaneamente, um obstáculo dos mais formidáveis para perseguir eficazmente esses objetivos — e para a coragem necessária para persegui-los. (BAUMAN, 1999. P. 163)

Sob a mesma ótica, Bauman (1999) referencia Erick Hobsbawn para alicerçar seu posicionamento, afirmando que: “homens e mulheres procuram grupos de que possam fazer parte, com certeza e para sempre, num mundo em que tudo o mais se desloca e muda, em que nada mais é certo” (HOBBSAWM *apud* BAUMAN, p. 164)

Resta evidente, pela análise dos autores, que o comunitarismo é uma característica do conservadorismo, visto que há a aglutinação de indivíduos cujos anseios pelo reestabelecimento da ordem são semelhantes, de modo a organizar-se e lidar – em comunidade – com as mudanças repentinas da modernidade líquida. Ora, o estabelecimento da ordem e preservação dos valores, como exposto no tópico anterior, são pontos basilares do conservadorismo.

A aversão à mudança, característica repetidamente abordada nas vertentes conservadoras, encontra-se em ascensão pela liquidez das relações interpessoais, econômicas e políticas da atualidade. Juntando-se o cenário frenético das mudanças interpessoais à quebra de ruptura com crises econômicas e políticas,

cria-se o cenário perfeito para a ascensão da onda azul, visto que – para as massas – observa-se um cenário caótico, completamente dissemelhante ao cenário pretérito.

Por este motivo, não somente no Brasil, muitos países têm elegido e adotado políticas conservadoras, como uma maneira de apaziguar a sensação caótica que a modernidade líquida causa. Diniz (2017) cita o educador Paulo Freire (1921-1997) como uma crítica à ascensão do conservadorismo como resposta para a modernidade líquida, afirmando que os seres humanos estão em constante transformação, independentemente de seu desejo de manter-se inerte.

Como elucidado, o saudosismo às tradições e manutenção do *status quo* são características do conservadorismo, contudo, é curial mencionar que o nacionalismo e protecionismo também o são, agem como uma tentativa de proteger o patrimônio obtido, seja material ou imaterial. Isto é, observa-se que o comunitarismo enseja numa tentativa de proteção do que já foi obtido, para que deste modo, seja possível manter a situação social o mais intacta possível.

Entretanto, além de analisar a constante onda conservadora no contexto mundial, é imperiosa a reflexão acerca de suas consequências, isso pois ao longo da história humana o extremismo conservador resultou em abusos de autoridade e violação dos direitos humanos.

Salienta-se que momentos em que o conservadorismo encontra o extremismo as consequências podem ser catastróficas. Segundo Michael Löwy (2015) as eleições europeias dos últimos anos – sem precedentes desde 1930 – apontam o crescente apoio à Frente Nacional, ou seja, um suporte a ideologias xenófobas de proteção nacional, que tem sido tendência em países como a França, Reino Unido e Dinamarca. Salienta, que desde meados do século XX a extrema-direita europeia não havia alcançado tamanha influência.

É sabido que em 1930, a Europa passou por um período de mudança, em que a extrema-direita – momento em que a onda azul se encontrava em ascensão – foi eleita em vários países. Contudo, sob análise da ótica dos direitos humanos, o referido período não foi um dos melhores da história humana, visto que “depois de

1933, dois dos mais importantes países da Europa, Itália e Alemanha, tiveram regimes fascistas totalitários.” (LÖWY, 2015.P. 02)

O autor menciona que a onda de extrema-direita atual, não se assemelha com a de 1930, pois os interesses da burguesia atual são favoráveis à globalização e hostis ao nacionalismo econômico (LÖWY, 2015). Todavia, elenca que o crescimento da extrema-direita atual não diverge nos pensamentos xenófobos e racistas presentes na década de 30.

A globalização acelerada – mencionado também por Bauman (1999) – acarreta um processo de homogeneização cultural forçada que

(...) produz e reproduz, em escala europeia e planetária, os *identity panics* [pânicos de identidade], a obsessiva procura por fontes e raízes que leva a formas chauvinistas de religião, formas religiosas de nacionalismo, além de alimentar conflitos étnicos e confessionais (LÖWY, 2015.P. 05-06)

A referida homogeneização cultural somada à crise econômica que assola o mundo desde 2008 abre espaço para o crescimento dos posicionamentos conservadores, de modo que favoreceu muito mais o crescimento da extrema-direita do que a esquerda radical, diferentemente – também – do contexto de 1930, em que o movimento antifascista também cresceu como resposta ao totalitarismo (LÖWY, 2015)

Para algumas correntes da esquerda que veem a extrema-direita como nada mais do que um efeito colateral da crise e do desemprego, são essas as causas que devem ser atacadas, e não o fenômeno fascista propriamente dito. Tal raciocínio tipicamente economicista desarmou a esquerda diante da ofensiva ideológica racista, xenofóbica e nacionalista da extrema-direita (LÖWY, 2015.P. 07)

Nesse toar, analisando o posicionamento dos autores, observa-se que o conservadorismo, atualmente encabeçado pela extrema-direita, possui não somente espaço, mas também força para seu crescimento em escala global. No Brasil, assim como na Europa, o conservadorismo tem se fortalecido, especialmente com a eleição do atual presidente Jair Bolsonaro (sem partido) e seus pronunciamentos dotados de nacionalismo.

A vertente progressista brasileira encontra-se enfraquecida após o processo de Impeachment da ex-presidente Dilma Rousseff (Partido dos Trabalhadores), cuja consequência foi aumento de um temor infundado em uma ameaça comunista – conflito referenciado no tópico anterior, tendo seu apogeu durante a Guerra Fria – bem como uma aversão à políticas públicas de auxílio às classes menos favorecidas, um resgate do nacionalismo e proliferação de vertentes de pensamento notadamente xenófobas, homofóbicas e, atualmente com a crise pandêmica do COVID-19, genocidas.

2.3 RECORTE ATUAL DO CONSERVADORISMO NO CONTEXTO BRASILEIRO

São diversos os fatores que determinam o crescimento da onda azul no contexto latino-americano nos últimos anos. É sabido que o desenvolvimento, política e economia de um país são regidos por sua evolução histórica. Nesse toar, a semelhança histórica entre os países sul-americanos influencia fortemente na economia e política da atualidade.

Nesse contexto, é possível associar os movimentos sociais e os períodos históricos dos países sul-americanos, incluindo o Brasil, visto que vários sofreram com ondas conservadoras de extrema-direita, tendo períodos ditatoriais e uma oposição extremamente enfraquecida após o advento da Guerra Fria, como o Paraguai, Uruguai, Argentina, Chile, Peru, Bolívia entre outros.

No contexto brasileiro, observa-se por sua história que o conservadorismo – diferentemente de outros países mencionados – foi o posicionamento dominante pela maior parte do tempo, praticamente não sendo possível falar em fortalecimento de uma onda azul desde a crise de 2008, mas sim, o retorno desta nas tramas sociais brasileiras após um período progressista.

Desenvolvendo-se de um contexto colonialista, o Brasil – em dissonância aos países europeus – não possuiu uma noção de individualidade nacional, por muito tempo, somente ocorrendo após a independência em 1822. Ou seja, observa-se que o Brasil possui uma forte influência europeia dado seus *status* de ex-colônia.

Luis Alberto Boni (1989) entende que o Brasil possui em seu alicerce os valores europeus, não diferindo tampouco, na filosofia; contudo, salienta que a relação não pode ser tratada como dependência mútua. Nesse sentido, é possível depreender que o Brasil capta suas orientações sociais e políticas ao longo de sua história como uma espécie de satélite da Europa Ocidental.

Segundo o autor (BONI,1989), um dos motivos para que isto ocorra seria o desenvolvimento tardio de produção científica brasileira, divergindo de seus irmãos sul-americanos.

Ao iniciar-se o século XIX, o Brasil era das regiões mais atrasadas do Ocidente. A corte portuguesa, ao transferir-se para o Rio de Janeiro, preocupou-se em sanar as carências mais gritantes, e fundou uma Escola de Medicina no Rio de Janeiro e outra em Salvador; logo depois surgiam duas de Direito, em São Paulo e em Recife, mas não se conseguiu transformar estes centros em núcleos de futuras universidades. A independência política (1822) não modificou a situação e assim chegou-se à República (1889), momento em que a pressão positivista impediu que o poder público interviesse diretamente na organização do ensino superior. (BONI, 1989. P.75)

Assim, resta clara uma tendência à uma população com difícil acesso à educação superior, sendo esta restrita às classes mais abastadas durante muito tempo da historiografia brasileira. Facilitando, por este motivo, que a massa brasileira absorva mais facilmente uma orientação doutrinária ou política do que uma população em países com um maior índice de educação primária e superior.

Ao fazer uma análise rápida da política brasileira é possível observar pela presença de figuras como José Bonifácio (1763-1838), Joaquim Nabuco (1849-1910), Washington Luís (1869-1957, Gilberto Freyre (1900-1987), e vários outros que a orientação política brasileira é mais voltada à vertente conservadora do que progressista. No contexto brasileiro, é mais simples mencionar uma “maré vermelha” do que listar todos os períodos em que o conservadorismo era oposição.

Ao longo da nossa história já velha de cinco séculos, se temos ainda alguma dúvida, não podemos tê-la quanto ao conservadorismo das classes dirigentes brasileiras: ele tem-se apoiado em tamanha certeza de que pode esmagar quaisquer surtos de inconformismo popular, que chega ao ponto de – castigando a ferro e fogo e aniquilando radicalmente todas as rebeldias dos

desgraçados desta terra – apresentar-se como criador do homem cordial, do assistencialismo fraternal, tudo pelo povo, do tudo pelo social, nos justos momento em que exhibe os mais clamorosos índices de fome, subnutrição, falta de alojamento, de escolas, de instrução, de meios de transporte coletivos, de saneamento básico, de dignidade humana (HOUAISS. 1989.P. 20)

Em sua obra, Antônio Houaiss e Pedro do Coutto (1989) descrevem que desde o alvorecer da República até 1989 – pensamento que pode ser estendido até a atualidade – verifica-se uma predominância absoluta do conservadorismo. Com o Governo de Getúlio Vargas, em 1930, houve uma maior preocupação com os direitos da população, especialmente no aspecto trabalhista com a implantação da seara especializada, estabilidade e movimentos sindicais. Salientam ainda que “apesar de tudo, com Vargas o trabalho passou a ter voz e vez” (HOUAISS. 1989.P. 24)

Nesse sentido, apesar das grandes ondas conservadoras demonstrarem-se após crises econômicas, as vertentes encontram-se presentes mesmo que dormentes em tempos de prosperidade, como foi exposto anteriormente pela análise da obra de Michael Löwy (2015). O crescimento das vertentes xenófobas ocorre pelo desenvolvimento do pensamento conservador e sua disseminação entre as massas, contudo, não se origina sozinho, como já doutrinava a física “nada se cria, tudo se transforma”.

Guilherme Boulos (2016) – professor, ativista e político brasileiro – posiciona-se veemente contra o retorno iminente do conservadorismo na trama social e política brasileira, mencionando que a onda conservadora atual não somente engloba o saudosismo ao passado e manutenção do *status quo*, mas sim um período de retrocesso democrático no pior viés do conservadorismo político, econômico e moral.

Imperioso mencionar que o texto escrito por Boulos foi publicado dois anos antes da eleição do atual Presidente da República Jair Bolsonaro (sem partido), o que significa que a referida onda mencionada pelo professor não somente concretizou-se, mas também trouxe à tona diversos posicionamentos abafados com governos progressistas anteriores como a pena de morte, criminalização do aborto, a própria violência obstétrica e diversos outros tópicos.

O governo anterior, protagonizado pelos ex-presidentes Luís Inácio Lula da Silva (Partido dos Trabalhadores) e Dilma Rousseff (Partido dos Trabalhadores) - ocorrido de 2002 a 2016, até o processo de Impeachment da ex-presidente -, foi amplamente conhecido pela implantação de políticas públicas relacionadas à educação, saúde, esporte e lazer.

Se caracterizou [o Partido dos Trabalhadores] por ser um partido forjado na luta pela sua base, em defesa dos trabalhadores, identificando com os setores populares e na busca de melhorar as condições da população. Este cenário criou uma grande expectativa na sociedade brasileira e na esquerda internacional em relação a uma mudança de rumo nas políticas sociais e econômicas. Muitos trabalhadores esperavam melhorias econômicas e sociais, melhores condições de trabalho, e mesmo a diminuição do desemprego. (MANO, 2016. p. 36)

É possível depreender que o governo Lula-Dilma possuía uma vertente mais social e progressista, visando a modificação da trama social de modo a obter uma sociedade mais justa e igualitária, beneficiando os brasileiros vulneráveis. Entretanto, como a base da política e organização social brasileira é conservadora, mesmo durante este período houve duras críticas à abordagem econômica do governo progressista.

Maurício Mogilka (2019) elenca o governo Lula-Dilma como governo de coalizção, visto que a bancada conservadora da sociedade, por não possuir força o suficiente para impor sua visão à época, uniu-se à vertente mais progressista. Tal posicionamento encontra fundamento pela simples observância que o vice-presidente, cujo governo durou quase dois anos após o Impeachment, Michel Temer (MDB) possui posicionamento conservador e é de um partido de direita.

Quando as burguesias/grupos conservadores não podem bancar um governo conservador e não há contexto favorável para golpes empresariais-militares, elas se aliam a forças progressistas dispostas à aliança. E daí nascem os governos de coalizção. (...) Seus limites como instrumento de transformação social são grandes, embora não se possa negar alguns avanços e importantes políticas públicas, mesmo que parciais, como vimos nos 13 anos de governo Lula-Dilma. Mas a maior parte da burguesia é tão desumana, mesquinha e predadora que mesmo estes parciais avanços sociais são combatidos (...) as pessoas, especialmente pobres, negros e indígenas, para elas não são seres humanos, são coisas, são objetos. (MAGILKA, 2019. P. 80-81)

Dessarte, observa-se que no Brasil o posicionamento conservador, apesar de abafado durante um tempo, sempre esteve presente, apenas recebendo força após o processo de Impeachment e influência europeia e norte-americana no período posterior à ruptura da bolha imobiliária de 2008.

No aspecto social, como elenca Mogilka (2019) as vertentes conservadoras mais extremas, com pensamentos xenófobos, homofóbicos e misóginos receberam praticamente um aval do atual presidente – que também coaduna com os referidos posicionamentos – para que ganhassem força e fossem abertamente disseminados entre as massas. O governo de coalização abriu espaço para o conservadorismo de Bolsonaro, cujos pronunciamentos desde o primeiro ano de mandato causam polêmicas por todo o território brasileiro.

Pertinentemente ao tema abordado no presente trabalho, em 2018 o Ministério da Saúde publicou despacho orientando que o termo “violência obstétrica” fosse evitado e possivelmente abolido (SEI/MS 9087621/2019), visto que conforme posicionamento oficial, os profissionais da saúde não teriam a intenção de prejudicar as gestantes e puérperas, tornando o termo inadequado.

À título de comparação, no governo Lula houve ampla abordagem acerca de direitos reprodutivos, inclusive no Segundo Relatório Brasileiro sobre o Tratado de Direitos Civis e Políticos, enviado pelo governo ao Comitê de Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas (ONU) em 2005. No documento, o governo menciona assumir o compromisso de rever a legislação repressiva do aborto para que o princípio da livre escolha no exercício da sexualidade possa ser plenamente respeitado e exercido.

É nítida a disparidade entre os governos progressista e conservador no âmbito social tanto quanto no político. O posicionamento conservador extremista dentro da sociedade, pela volatilidade das massas brasileiras, abre espaço para o desrespeito aos direitos humanos e propagação de vertentes preconceituosas de pensamento que influenciam até mesmo na segurança pública, segundo documento publicado pela Coalização Solidariedade Brasil (2021).

O grupo supracitado é uma reunião de 18 entidades internacionais, com sede na França, o qual publicou o Barômetro de Alerta no início de 2021, versando sobre a situação de direitos humanos e ambientais no país no ano anterior. O referido relatório escancara a realidade do governo conservador atual brasileiro, elencando que a violência de gênero no Brasil aumentou desde a eleição do presidente, com três a cada dez mulheres sofrendo algum tipo de violência no ano de 2019¹¹.

Ora, resta claro que a violência obstétrica também é um tipo de violência de gênero, ocorrendo pela objetificação da mulher como dona de casa e reprodutora. Um pensamento conservador, não somente procura manter o *status quo* somente porque o considera saudável para a trama social, mas sim, porque o grupo dominante mantém-se em vantagem, e como menciona Mogilka (2019), por egoísmo e pequenez, não se importa com o próximo, procurando combater os avanços sociais que não os beneficiem.

Nesse toar, não há – em uma visão conservadora – porque mencionar a violência obstétrica ou até mesmo combatê-la, dada a divisão brasileira de homens, brancos e de classes sociais abastadas como dominantes em toda a malha social. Discutir a violência obstétrica, ou qualquer outro tipo de desrespeito aos direitos humanos, é afrontar a classe dominante, ensejando na ruptura do padrão de conforto desta.

Por este motivo, é completamente compreensível – sob uma perspectiva de análise – que a asa conservadora brasileira reforce tão fortemente estereótipos de servidão como raciais, de gênero e até mesmo sexuais. O fomento do debate enseja em mudança, o que assombra o conservadorismo desde os primórdios de sua existência, contudo, dadas as circunstâncias – avanços tecnológicos, acesso à educação e globalização – é impossível que seja mantido um *status quo* que é prejudicial para boa parte da população.

¹¹ Estudo “Visível e invisível: a vitimização de mulheres no Brasil”, Fórum de Segurança Pública Brasileira, 2019

As ondas conservadoras vêm como marés, fomentadas por eventos econômicos e políticos, estando dormente nos momentos de avanço progressista. Contudo, dentro da história “o recente período democrático brasileiro talvez não tenha presenciado ainda um Congresso tão atrasado como o que foi agora eleito” (BOULOS In: DEMIER, 2016. P. 24). Desde a Constituição Federal de 1988, notadamente assistencialista, não houve um governo conservador tão explícito quanto o de Bolsonaro (sem partido), cujos pronunciamentos fomentam até mesmo polêmicas internacionais.

A luta por uma sociedade regida por equidade é secular, não sendo destruída por genocídios, guerras, censura ou até mesmo regimes totalitários. Independentemente de ser utópica, como é vislumbrado por Burke (1790) ou até publicamente descreditada por Bolsonaro, a presença da oposição progressista ao presente governo conservador é fundamental para que haja o respeito aos direitos humanos. Dessa maneira, citando novamente o ilustre estudioso Paulo Freire (1921-1997), a mudança é inerente ao desenvolvimento do ser humano - quer queira ou não -, somente restando a este juntar-se a ele ou lutar cegamente contra um padrão já estabelecido pela história.

CAPÍTULO III

O STATUS QUO BRASILEIRO E A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

3.1 ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE O PARTO NO BRASIL, MÉXICO E TANZÂNIA

Robbie Davis-Floyd e Melissa Cheyney em sua obra *Parto em Oito Culturas* (2019)¹² analisam as diferentes práticas obstétricas – médicas e culturais – de alguns países sob a ótica antropológica. Assim, de modo extremamente perspicaz, comparam, por meio de uma coletânea de autores, países que possuem uma abordagem mais conservadora acerca do parto e a consequente posição da mulher no aspecto social com outras nações que utilizam um método mais humanístico para as relações médico-paciente, notadamente progressistas.

Continuadamente, a primeira análise efetuada em sua obra é sobre o parto dentro do território mexicano – contexto não muito diferente do brasileiro – dado, conforme elucidado no capítulo anterior, processo similar de colonização, seus efeitos em sua organização social e consequente espelho nos modelos eurocentristas.

No contexto pré-hispânico, o parto era um processo supervisionado pelas parteiras, contudo, até o final do século XIX a prática médica orientou-se favoravelmente à uma abordagem biomédica, o que impulsionou o rápido declínio da prática das parteiras. Atualmente, a maioria das mulheres mexicanas dão à luz em hospitais públicos, atendidas por médicos. Em 2014, 94,6% dos partos foram supervisionados por médicos assistidos por enfermeiras, enquanto somente 2,7% por parteiras (INEGI, 2015 *apud* DIXON *et al*, 2019).

¹² Birth in Eight Cultures. Waveland Press, Inc. 2019. Edição do Kindle.

Até meados da década de 60 ainda havia a assistência de parteiras na porcentagem majoritária dos partos mexicanos, entretanto, este número decaiu consideravelmente nos centros populacionais mais industrializados. No contexto rural, as parteiras conhecidas como *parteras tradicionales ou empíricas* ainda auxiliam nos partos da população (DIXON *et al*, 2019). Em 2015, os três estados mexicanos com o maior índice de atuação de parteiras são Chiapas (26.9%), Guerrero (9.3%) e Oaxaca (7.1%), cuja população é majoritariamente indígena e rural, sendo também os estados mais pobres do território. (CONEVAL, 2015 *apud* DIXON *et al*, 2019)

Nesse sentido, as autoras (DIXON *et al*, 2019) analisam as diferentes práticas obstétricas perpetuadas no contexto mexicano através de concretos e seus transcurso. Uma diferença marcante entre a prática tecnocrata (orientada exclusivamente pela medicina) e a humanística é o tratamento da gestante. No primeiro, há a prevalência de uma relação hierárquica, com a figura supervisora do médico – predominantemente masculina – atuando de maneira ativa no procedimento, enquanto no segundo, com a atuação das parteiras, observa-se uma relação mais equiparada entre a gestante e a experiência empírica da profissional.

Ainda, é imperioso salientar que atualmente, o México possui três vertentes de partos: os realizados completamente no ambiente hospitalar, sob o método tecnocrata; o parto caseiro, orientado pela parteira, como ocorre nos estados mexicanos supramencionados; e o terceiro tipo, uma combinação entre ambos: o parto efetuado em hospital, com auxílio médico e orientação de uma parteira.

Lydia Zacher Dixon, Vanis Smith-Oka e Mounia El Kotni (2019) elencam em seu fragmento textual a nítida diferença entre a qualidade do parto humanístico para a gestante, colacionando situações que elucidam perfeitamente a drástica disparidade entre um parto cuja intenção é respeitar a gestante e seu nascituro e a necessidade – ilusória - de um parto rápido e muitas vezes, desconfortável e violento.

Nota-se uma relação inversa no número de procedimentos e intervenções recebidas e a sua habilidade [da gestante] de escolher ou ser ouvida. As ações do Dr. Molina demonstram uma falta de preocupação com as necessidades de Grace [gestante]; o parto tornou-se uma arrogante competição contra o tempo, cujas apostas poderiam ser feitas. A ênfase no tempo é particularmente intrigante visto que não havia necessidade de o parto

ser rápido – afinal de contas, não haviam outras pacientes. A dilatação manual forçada para que o parto fosse mais rápido foi extremamente doloroso para Grace – muito mais do que a dor normal de contrações naturais (DIXON et al, 2019. P. 38) ¹³

Depreende-se que apesar dos avanços tecnológicos no México no último século, o país continua em um constante debate acerca do melhor método obstétrico, vez que a peleja entre a modernidade da medicina e práticas culturais continua dividindo estudiosos do campo. Pesquisas apontam que a taxa de mortalidade de gestantes ainda é alta no país, não sendo reduzida pelo avanço tecnológico na área médica.

Esta, segundo as autoras (DIXON et al, 2019), é a razão pela qual as parteiras profissionais têm ganhado *momentum* no campo, sua participação na obstetrícia diminui a possibilidade de mortalidade com um custo inferior aos médicos: “Para as mulheres, elas provêm um tratamento humano e experiência de parto que não conduz ao abuso de poder” (DIXON et al, 2019. P. 44)

Similarmente, como supracitado, o contexto brasileiro apresenta o mesmo enfrentamento. O vasto leque cultural possibilita a perpetuação de diversas práticas no campo médico, inclusive no ramo obstétrico, isto porque há a influência africana e indígena nos partos tradicionais bem como a introdução de métodos modernos sob a luz dos centros cosmopolitas, orientados por descendentes de japoneses, italianos entre outros.

Todavia, é possível observar um aumento de nascimentos por cesárea desde a metade do século XX. Este movimento se dá, predominantemente, pelos saltos tecnológicos nas ramificações da ciência médica. Enquanto há uma migração do parto domiciliar para o hospitalar, reduzindo óbitos por hemorragia pós-parto e outras complicações, o referido fluxo migratório ocasionou o uso excessivo de

¹³ We see an inverse relationship between the number of procedures and interventions she received and her ability to choose or even to be heard. Dr. Molina’s boasts showed a lack of concern for Grace’s needs; instead the labor became an arrogant competition against time upon which bets could be made. This emphasis on time was particularly puzzling as there was no need for the labor to be faster—after all, the ward was empty. And his forcible manual dilation of her cervix was excruciatingly painful to Grace—far more painful than the normal pain of undisturbed contractions (DIXON et al, 2019. P. 38)

tecnologia médica e procedimentos cirúrgicos que contribuem para resultados pós-parto insatisfatórios (WILLIAMSON e MATSUOKA, 2019)

No Brasil, os nascimentos prematuros possuem uma estatística alta em comparação com outras nações - beira os 52% (LEAL *et al apud* WILLIAMSON e MATSUOKA, 2019) - influenciado pelo aumento de partos agendados que interrompem o completo desenvolvimento gestacional. Dessarte, K. Elisa Williamson e Etsuko Matsuoka (2019) elencam o chamado “paradoxo perinatal”, cuja simples explicação seria a de que apesar um constante avanço tecnológico no campo obstétrico, os indicadores de saúde materna e neonatal continuam com o desenvolvimento retardado.

Salientam (WILLIAMSON e MATSUOKA, 2019) que a taxa de mortalidade materna é desproporcional ao desenvolvimento tecnológico e econômico do país, culminando em 68,2 a cada 100.000 nascimentos com vida (SZWARCOWALD *et al* 2014 *apud* WILLIAMSON e MATSUOKA, 2019).

A disparidade social brasileira, no entanto, interfere diretamente nos dados mencionados, visto que as gestantes de classes sociais mais vulneráveis são mais suscetíveis a sofrer as consequências do sistema de saúde polarizado: de um lado, o Sistema Único de Saúde (SUS) – extremamente sucateado pela falta de verba – e os hospitais privados, fomentados pelos planos de saúde particulares.

Assim como nos fragmentos abordados acerca do contexto mexicano, o Brasil encontra-se em um meio termo entre práticas tecnocratas e humanísticas, contudo, o tratamento da gestante será diretamente ligado à sua posição econômica. As autoras (WILLIAMSON e MATSUOKA, 2019) mencionam que diversos médicos brasileiros perpetuam pensamentos misóginos e arcaicos, afirmando – à título de exemplificação, no caso relatado na obra - que o parto vaginal é impossível dado o tamanho do bebê e ainda que isso afetaria a vida sexual do casal após o procedimento (WILLIAMSON e MATSUOKA, 2019. p. 95)

O relato de uma mãe entrevistada por Williamson e Matsuoka (2019) que foi invisibilizada durante o parto relata com fidelidade a realidade para milhares de mulheres brasileiras:

Seu médico não a olhou ou dirigiu a palavra a ela [Aline] ou seu parceiro (...) em vez disso, fez brincadeiras e contou histórias sobre outros colegas para os assistentes clínicos presentes. “O que me impressiona é que não éramos somente nós (...) primeiramente, estava sendo filmado, era como se para o médico nada existisse. Nós não realmente existíamos... acredito que se ele tivesse percebido minimamente que estava sendo filmado, mesmo se não tivesse consideração por nós, ele pelo menos se calaria e não falaria com seus colegas. Mas não! A invisibilização foi tão grande que ele nem se deu conta (WILLIAMSON e MATSUOKA, 2019. p. 95)¹⁴

Observa-se que assim como a mexicana Grace, relatada no capítulo escrito por Dixon, Smith-Oka e El Kotni, (2019), Aline não teve seus desejos respeitados. Nesse trecho, é possível depreender a relação de hierarquia mencionada pelas referidas autoras, visto que o médico sequer dirigia-se à paciente para questionar acerca de seu bem-estar.

As autoras salientam (WILLIAMSON e MATSUOKA, 2019) que durante suas entrevistas com médicos obstetras, enfermeiras-parteias e mães na cidade de Salvador, a frase “o parto é uma caixa de surpresas” se repetiu inúmeras vezes, culminando em seu entendimento de que, no contexto brasileiro, há somente duas qualificações para o parto: baixo e alto risco. Entenderam que simplesmente não existe o conceito de nascimento sem riscos no Brasil.

Apesar disso, o Brasil é considerado vanguarda no ativismo obstétrico latino-americano, o que simboliza a mudança gradual do pensamento tecnocrata, abrindo espaço para práticas humanísticas.

¹⁴ *Her doctor did not look at or address her or her partner, who was in the room filming. Instead he joked around and told stories about other colleagues to the other clinical staff present: What impresses me is that it wasn't just us, you know? It was being filmed. [It was as if, for the doctor] nothing existed. Really, we did not exist.... I think if he had been able to minimally perceive that there was a camera on, even if he didn't have consideration [for us], he would at least shut his mouth and not talk about his colleagues. But no! The invisibility was so great that, in fact, he wasn't even aware of it. (WILLIAMSON e MATSUOKA, 2019. p. 95)*

Diversas importantes organizações não-governamentais têm tomado a dianteira para humanizar o parto no Brasil. Em especial, o hospital Sofia Feldman em Belo Horizonte tem se orientado como farol de tratamento perinatal humanizado no SUS e sua equipe auxiliou no treinamento de profissionais da saúde por todo o Brasil em seu modelo respeitoso e efetivo (WILLIAMSON e MATSUOKA, 2019. p. 95)¹⁵

Assim, conclui-se que as últimas décadas tem sido um avanço para o modelo humanístico de parto no contexto brasileiro, mesmo que haja uma dificuldade estrutural que garanta – até o momento – um parto descomplicado, respeitoso e efetivo para todas as gestantes brasileiras, o simples aumento da conscientização dentro do campo médico é um passo mais próximo da erradicação da violência obstétrica no contexto brasileiro.

Como será pormenorizado em tópico a seguir, desde o início do século XXI o Brasil tem tomado providências políticas e sociais em escala governamental para prevenir a violência obstétrica e reduzir a disparidade social entre as classes mais abastadas e vulneráveis da sociedade.

Em contrapartida, é valoroso salientar a análise realizada por Megan Cogburn, Adrienne Strong e Summer Wood (2019) acerca do parto na Tanzânia, país do continente africano assolado pela pobreza motivada pelo extensivo processo imperialista europeu no continente.

Sucintamente, observa-se que as dificuldades ocasionadas pela pobreza – estrutural e econômica - e doenças endêmicas contribuem para que o parto domiciliar seja extremamente perigoso para a gestante caso ela venha a ter complicações. Estima-se que no país mais de um terço das mulheres dão à luz por meio vaginal fora de hospitais, predominantemente em áreas rurais, com pouca intervenção médica. Os procedimentos cesarianos culminam em menos de 6% em todo o território (COGBURN *et al*, 2019)

¹⁵ *Several important nongovernmental organizations have taken the lead in efforts to humanize birth in Brazil.10 Additionally, the Sofia Feldman Hospital in Belo Horizonte has long stood as a beacon of humanized perinatal care in the SUS, and its staff has helped train health care professionals across Brazil in in their respectful and effective model of care* (WILLIAMSON e MATSUOKA, 2019. p. 95)

Contudo, a escolha da ausência de assistência médica não é realizada pelas gestantes, mas sim pela infraestrutura do país, vez que de uma população de aproximadamente 55 milhões pessoas, há somente 172 obstetras registrados, dos quais somente 65 trabalham em hospitais do governo (AGOTA 2017 *apud* COGBURN *et al*, 2019). Apesar dos dados, os números de mulheres que possuem acesso à assistência médica têm aumentado, também influenciado por sua classe social e poder aquisitivo.

Nesse sentido, apesar da concepção cultural tradicional tanzaniana de que o parto é um evento sagrado - o verbo parir em swahili possui a tradução literal na expressão “se abrir” – com participação do pai nos preparativos para o evento com a *mkunga wa jadi*¹⁶ e uma preocupação de toda a comunidade com o bem-estar da puérpera, observa-se que a aplicação de tradições na atualidade também depende do contexto socioeconômico.

Isso porque, caso fosse possível, no contexto tanzaniano, um modelo mais humanístico que também abrangesse o auxílio médico, como ocorre no caso do Brasil e México, a manutenção da visão cultural de parto poderia ocorrer sem arriscar a vida da gestante e do bebê. Segundo as autoras (COGBURN *et al*, 2019) as práticas sociais acerca do parto são importantes para o sucesso do procedimento sem maiores complicações, implicando que o parto sempre foi e sempre será um aspecto social fundamental para a sociedade.

Os aspectos das atividades que cerceiam o parto e suas preparações refletem ideias sobre o corpo social. Conforme a gravidez e o parto se tornam enclausurados em hospitais e o corpo é observado separadamente do tecido social alguns destes elementos sagrados são perdidos. Homens são excluídos de seus papéis preparatórios enquanto mulheres são expostas à uma variedade de responsabilidades e tensões. A maneira que as comunidades cuidam de mulheres grávidas e parturientes é em casa. É importante refletir criticamente sobre quais outras práticas sociais e culturais do parto serão perdidas na Tanzânia caso este se torne atrelado somente à hospitais (COGBURN *et al*, 2019. P. 52)¹⁷

¹⁶ Espécie de parteira tradicional tanzaniana.

¹⁷ *The communal aspects of activities surrounding birth and birth preparations reflect ideas about the social body. As the care of pregnancy and childbirth becomes increasingly enclosed in biomedical health facilities, and the body becomes increasingly seen as separate from the social fabric, some of these sacred elements are lost. Men are excluded from their preparatory roles, while women are opened up to a range of rising responsibilities and tensions. Many of the ways in which communities care for pregnant and parturient women take place in the home. It is important to critically reflect upon what* (COGBURN *et al*, 2019. P. 52)

Assim, ultimamente, é possível depreender que no caso das três nações analisadas houve a perda de algum aspecto fundamental durante a forte intervenção médica que ocorreu no século XX no ramo obstétrico. Seja esta cultural como no caso da Tanzânia ou de visibilidade da gestante como no caso do México e Brasil. Ainda, pode-se afirmar que no caso destes também há uma perda cultural visto que as práticas de parto pré-colonização também foram perdidas pela eurocentralização das culturas latino-americanas.

Indiretamente, os três países examinados passaram por mudanças drásticas em sua estrutura social em decorrência do processo de adaptação para o modelo eurocentrista, de modo que as alterações afetaram até os setores mais íntimos dos núcleos familiares.

A crescente intervenção médica excessiva, por conseguinte, interfere diretamente no processo de invisibilização da paciente e conseqüentemente na manutenção da violência obstétrica, contudo, é o modelo eurocentrista – indiretamente – que fomenta a crescente necessidade por modernidade tecnológica.

3.2 O PARTO EM PAÍSES LIBERAIS: NOVA ZELÂNDIA E HOLANDA

Na mesma obra, Melissa Cheyney, Bahareh Goodarzi, Therese Wieggers, Robbie Davis-Floyd e Saraswathi Vedam (2019) analisam o parto sob o contexto cultural da Holanda, um país notadamente progressista. Salientam que na Holanda, a puérpera e o bebê recebem apoio de parteiras de comunidade – cuja atuação é fora do âmbito médico – e parteiras clínicas, além de obstetras, pediatras e assistentes de maternidade.

Observa-se que o sistema obstétrico na Holanda possui uma estrutura muito medicalizada, todavia as referidas parteiras também possuem formação biopsicocultural para melhor atender a comunidade. Caso não seja constatada uma gravidez de risco ou quaisquer complicações, a gravidez será acompanhada por uma parteira de comunidade que auxiliará a gestante durante toda a gravidez, parto e pós-parto (CHEYNEY *et al*, 2019)

As autoras (CHEYNEY *et al*, 2019) salientam que mesmo em caso de gravidez sem complicações, há o acompanhamento médico, visto que além das parteiras possuírem a obrigatoriedade de um curso de graduação de quatro anos com aulas teóricas especializadas em gravidezes saudáveis, parto e cuidado neonatal, não são dispensadas as visitas regulares aos médicos obstetras. Isso porque no contexto holandês, a profissão das parteiras é reconhecida desde o século XV, culminando no dado de que até 1990, quase 98% das holandesas optavam por partos domiciliares (VAN DAALEN, 1988 *apud* CHEYNEY *et al*, 2019)

A gestante possui a total possibilidade de escolha do local de seu parto e pesquisas apontam que o parto domiciliar na Holanda – especialmente por toda a preparação e trabalho interdisciplinar realizado – é tão seguro quanto o hospitalar para os casos de nenhum ou baixo risco (Eurostar, 2008 *apud* CHEYNEY *et al*, 2019). Contudo, apesar de todas as vantagens do sistema holandês, algumas pesquisas apontaram defeitos, implicando que a mortalidade materna ainda era alta em comparação com outros países da Europa.

Em decorrência do período conhecido como *baby boom* – um aumento inesperado na quantidade de bebês nascidos -, a infraestrutura holandesa não comportava a demanda por profissionais obstétricos, ocasionando em falta destes para os cuidados primários e secundários. Nesse sentido mudanças foram efetuadas para que os partos domiciliares e a profissão das parteiras pudessem ser mantidos e a porcentagem de mortalidade materna reduzida.

Foram criados centros de maternidade onde parteiras de comunidade autônomas poderiam auxiliar em mais de um parto por vez ou cooperar com parteiras clínicas para cuidar dos casos de baixo risco. Tal solução é elencada pelas autoras (CHEYNEY *et al*, 2019) como “um meio termo” visto que não seriam partos domiciliares propriamente ditos, mas não se enquadram no atendimento hospitalizado formal. Após o término do *baby boom*, estes centros passaram a ser tidos como um novo modelo de parto, cuja integração entre os profissionais da obstetrícia – parteiras e médicos ou parteiras clínicas - seria aproximado.

Nesse sentido, pode-se observar pela análise das autoras (CHEYNEY *et al*, 2019) que a Holanda possui um sistema mais integralizado de profissionais e uma autonomia para a gestantes, de maneira que – mesmo com a queda dos partos domiciliares no país – estas podem escolher o local que desejam parir, sem que sua escolha seja influenciada por aspectos econômicos ou pressão dos próprios profissionais da área médica.

Todos os modelos de partos estabelecidos na Holanda são seguros e visam exclusivamente a proteção da gestante e do bebê, havendo intervenção médica somente em casos de maior risco. Depreende-se, assim, um respeito à trama social e desejos individuais da gestante através do processo mais humanístico de parto, assegurados pela assistência médica apenas em casos de necessidade.

No contexto neozelandês as parteiras também possuem uma atuação frontal no parto, possuindo um sistema em que a *midwifery science* é liderada por profissionais autônomas e que prestam auxílio continuado. Eugenia Georges and Rea Daellenbach (2019) elencam que – similarmente à Holanda – a escolha do local de parto é da gestante e que em caso de urgência, esta será transferida à um hospital para cuidados especializados.

Curial elucidar que o governo da Nova Zelândia cobre as despesas do parto, tanto do procedimento quanto dos cuidados pós-parto, sendo estes gratuitos para cidadãs neozelandesas ou residentes. Isso somente é possível pelas manifestações feministas no país desde meados dos anos 80.

Na Nova Zelândia, cada onda do ativismo feminista nos últimos 130 anos colocou a *midwifery* ou o cuidado de mulheres em trabalho de parto em sua agenda política. O atual sistema de maternidade, baseado na prática das parteiras e por mulheres, foram demandas feministas nos anos 1980. Ativistas contestaram o aumento da medicalização do nascimento e a desvalorização do trabalho da mulher (...) Em trabalho conjunto, foram possíveis mudanças legislativas que reinstituíram as práticas das parteiras sem supervisão médica e introduziram a “entrada direta” para estudo de *midwifery*, separando-a da enfermagem, de modo que as parteiras não fossem associadas à subordinação da enfermagem, as socializando em um contexto autônomo (GEORGES e DAELLENBACH, 2019. P. 133)¹⁸

¹⁸ *In New Zealand, each wave of feminist activism over the past 130 years has put midwifery or the care of women in childbirth on its political agenda. The current maternity care system, based on midwifery-led, woman-centered care, came out of demands of feminists in the 1980s. Activists contested the*

O modelo instaurado na Nova Zelândia – de atuação das parteiras como profissional autônoma – pode ser observado positivamente já que, à exemplo de comparação, nos Estados Unidos da América somente 5% das mulheres que dão à luz em hospitais possuem esse tipo de parto não-intervencionista (GEORGES e DAELLENBACH, 2019)

Georges e Daellenbach (2019) salientam, contudo, que apesar do sistema não intervencionista e apoiado em práticas psicossociais, as neozelandesas preferem dar à luz em hospitais como meio de prevenção em caso de complicações, dado acesso à serviços especializados. Aludem ainda que estes dados demonstram uma harmonia plausível entre os sistemas tecnocrata e humanístico de parto, de modo a influenciar na escolha da gestante.

É possível absorver que o país, assim como a Holanda, tenta convergir a intervenção médica e as práticas sociais, criando uma verdadeira junção dos modelos tecnocrático e humanístico. A fusão dos modelos cria uma situação mais confortável à gestante, que pode optar pelo que melhor encaixa em sua situação particular sem renunciar a uma assistência médica de qualidade, fundamental para um parto seguro e bem-sucedido.

Nesse sentido, o progressismo dos países se demonstra de maneira nítida, visto que tentam resguardar os direitos individuais de seus cidadãos, providenciando meios seguros de parir, mas não negligenciam o avanço tecnológico do século XXI, o que utilizado de maneira regrada e proporcional, somente beneficia os pacientes.

3.3 RELAÇÃO DO CONSERVADORISMO E A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

increasing medicalization of childbirth and the devaluation of women's work and in 1989 joined with midwives to form the New Zealand College of Midwives (NZCOM). By working together, they were able to bring about legislative changes that reinstated the right of midwives to practice without medical supervision and introduced "direct-entry" education as separate from nursing education, to prevent midwives from first being socialized into the subordination of nursing—socializing them instead into an attitude of autonomy (GEORGES e DAELLENBACH, 2019. P. 133)

Ao longo dos anos, desde o início da discussão acerca do tema da violência obstétrica, muitos países já editaram ou criaram legislações específicas que visassem a proteção dos direitos da gestante e do bebê. No Brasil, apesar de - como supramencionado – estar atuando mais ativamente no tópico desde o início do século XXI, após análise, constata-se que a despeito da ausência de legislação federal específica que previna a violência obstétrica há a presença de legislações genéricas estaduais a respeito do tema.

À título de exemplificação, em Santa Catarina foi editada a Lei nº 17.097/2017 que dita as diretrizes estaduais para a implantação de medidas informativas e protetoras para as gestantes e puérperas. No mesmo sentido, no estado de São Paulo possui o projeto de Lei nº 1.130 de 2017 de autoria da então deputada Leci Brandão (PCdoB)

Na obra *Birth in Eight Cultures* (2019), Williamson e Matsuoka (2019) discutem algumas medidas tomadas pelo legislativo brasileiro na tentativa de proteger as gestantes e puérperas, citam projetos de Lei do estado de São Paulo, Santa Catarina e Salvador para elencar que mais de sessenta leis estaduais e municipais foram passadas até o ano de 2019 com o intuito de popularizar a humanização do parto.

Elucidam que muitas destas leis são produtos de esforços de organizações de parteiras e que apesar de simbolicamente impactantes, de nada servem a menos que sejam fiscalizadas e reforçadas (WILLIAMSON e MATSUOKA, 2019). Isto ocorre pois – como mencionado pelas autoras – até mesmo legislações mais antigas como a que permite a presença de um acompanhante durante o parto não são respeitadas no Brasil¹⁹.

Destaca-se, portanto, que apesar de crucial, leis regulamentadoras possuem força reduzida na prática quando gladiam contra o *status quo* do

¹⁹ Lei nº 11.108 de 7 de abril de 2005.

pensamento do brasileiro médio, ou seja, caso não haja uma mudança prática no cenário, a implementação de legislações torna-se inútil frente ao cenário atual.

Todavia, apesar da ausência de legislações específicas, é imperioso salientar que o Brasil possui uma constituição assistencialista. Em 1988, um dos intuitos do Constituinte foi a criação de uma Carta Magna que garantisse os direitos individuais do cidadão de modo amplo e indiscriminado. Nesse sentido, instituiu legalmente alguns princípios protetores como igualdade, isonomia e equidade que auxiliam na proteção da mulher não somente no âmbito obstétrico.

Imperioso salientar a fala da Ministra Rosa Weber em voto em ADI nº 5.617 sobre a atuação das congressistas na Constituinte de 1988, conhecido como *lobby* do batom:

(...) Carta das Mulheres, apresentada pela campanha realizada pelo Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), na Constituinte de 1988, no encontro nacional ocorrido em 26 de agosto de 1986, defendeu: “para nós, mulheres, o exercício pleno da cidadania significa, sim, o direito à representação, à voz e à vez na vida pública, mas implica, ao mesmo tempo, a dignidade na vida cotidiana, que a lei pode inspirar e assegurar, o direito à educação, à saúde, à segurança, à vivência familiar sem traumas. O voto das mulheres traz consigo essa dupla exigência: um sistema político igualitário e uma vida civil não autoritária”. Quanto ao ponto, importante ressaltar que a Assembleia Nacional Constituinte contou com a participação de 26 deputadas, sem representante no Senado.¹ A articulação política decisiva das mulheres no esboço do desenho constitucional possibilitou o diálogo de atores sociais com o Estado na busca pela efetiva tutela e promoção dos direitos das mulheres, que resultou na conquista jurídica da igualdade entre homens e mulheres, acompanhada da não discriminação por sexo, raça e religião, ampliação dos direitos civis, sociais, políticos e econômico das mulheres, reconfiguração da participação da mulher no espaço de decisão da família, proteção no mercado de trabalho e no campo dos direitos sexuais e reprodutivos. (ADI 5.617, rel. min. Edson Fachin, voto da min. Rosa Weber, j. 15-3-2018, P, DJE de 3-10-2018)

Nesse cenário, considerando-se que a Constituição em vigência é relativamente nova, é importante salientar os períodos históricos vividos no Brasil após sua interferência. No período em que a Constituição de 1988 foi projetada, o Brasil saía de um período turbulento ditatorial, com milhares de pessoas torturas e desaparecidas.

A doutora em Direitos Humanos, Maíra Zapater (2017) assevera a importância da Constituição Cidadã em 1988 como uma garantia de que as atrocidades das décadas anteriores não se repetiriam no contexto brasileiro:

(...) Após 22 anos de ditadura, foi necessária uma questionável transição democrática para que se chegasse ao processo constituinte em 1986, que resultaria na Constituição de 1988, apelidada de Constituição Cidadã por prever um extenso rol de direitos e garantias fundamentais em seu artigo 5º, formato recorrente em constituições que se seguem a regimes autoritários, em uma tentativa de assegurar que não se sofrerão novos retrocessos (...) (ZAPATER, Maíra. 2017. P. 64-65)

Portanto, a orientação jurídica assistencialista e protetora da Constituição se alia ao período pós-ditatorial, cuja proteção dos direitos individuais do cidadão encontrava-se em seu ápice após um completo colapso das estruturas jurídicas décadas antes e, por conseguinte, graves violações aos direitos humanos.

Assim, observa-se a ruptura do *status quo* e a imposição de uma nova orientação social, voltada aos direitos individuais e coletivos, de modo a garantir a proteção a todos os brasileiros e naturalizados despeito à vasta diversidade de etnias, culturas e tradições da trama social brasileira. Nota-se que distintivamente ao pensamento dos estudiosos conservadores, a quebra de paradigma foi positiva e não resultou em um período caótico como previsto em suas obras.

Contudo, conforme exposto anteriormente, o conservadorismo e o progressismo movimentam-se como marés em uma constante valsa política. A luta por sobreposição é uma constante dentro de todas as organizações brasileiras, resultando em períodos de orientação conservadora mesmo com a referida proteção constitucional.

A discriminação de gênero é uma *práxis* comum na organização brasileira, mesmo que contraditória aos preceitos constitucionais, isto porque o Direito não se descola da realidade social e cultural em que se insere, como produção humana será marcado pelas ideias balizadoras de seu processo de formação (ZAPATER, 2017), o que não – necessariamente – significa que será plenamente seguido e respeitado por seus cidadãos.

(...) a legislação vigente reproduzia um sistema de pensamento, e não poderia ser diferente, afinal, textos legais não surgem do vácuo, mas sim são produto de uma época e, principalmente de quem detém o poder para produzir as normas e para exigir seu cumprimento no caso de transgressão, para que se mantenha a estrutura social balizada pela norma jurídica. É aqui que encontra relevância o papel do jurista e do operador do Direito (...) (ZAPATER, 2017. P. 66).

Dessarte, a violência obstétrica – como um tipo de violência de gênero – não é exceção. Como bem pontuado por Williamson e Matsuoka (2019), a implementação de qualquer legislação que seja conflitante à *práxis* somente será bem-sucedida com a fiscalização pertinente, o que não ocorre no sistema brasileiro, isto pois, muito embora a Constituição de 1891 ter sido pioneira na previsão de igualdade dos brasileiros perante a lei, “isso não impediu que a legislação brasileira estabelecesse tratamento discriminatório para mulheres até bem recentemente” (ZAPATER, 2017).

Nesse toar, é fundamental que seja feita a referência entre posicionamentos políticos dos governos brasileiros recentes e suas implicações na implementação de legislações ou fiscalização de situações de risco dos direitos individuais do cidadão. Como mencionado, durante o governo Lula (Partido dos Trabalhadores) houve ampla abordagem acerca de direitos reprodutivos, onde foi assumido o compromisso perante a ONU de rever a legislação repressiva do aborto para que o princípio da livre escolha no exercício da sexualidade possa ser plenamente respeitado e exercido.

Apesar de não versar acerca de violência obstétrica de modo direto, a simples ótica progressista acerca dos direitos sexuais é um marco comparativo crucial para que seja feita uma análise comparativa com o governo atual, conservador, encabeçado pelo atual presidente Jair Bolsonaro (sem partido).

Atualmente, a orientação notadamente conservadora do presidente deu aval para a manutenção de diversas práticas problemáticas no contexto social brasileiro, sendo a violência de gênero uma delas. Diversas frases infames do atual presidente tomaram a mídia, elucidando seu posicionamento acerca do tópico, chegando a referir-se à sua própria filha como “fraquejada”.

A tentativa de perpetuação de um *status quo* que beneficia a classe social preeminente é uma característica conservadora que pode ser observada nas falas do atual presidente, que brada honrosamente sua posição masculina e dominante. Quando colocadas sob uma análise geral, os pronunciamentos presidenciais podem passar-se por inofensivos, contudo, possibilitam que diversas práticas sejam continuadas.

É sabido que a classe médica brasileira é uma das mais respeitadas dentro do âmbito social, sendo majoritariamente masculina, branca e elitizada. Nesse sentido, é possível afirmar – por óbvio – que possui uma posição vantajada na trama social, sendo completamente favorável à sua manutenção. Assim é compreensível que a discussão acerca de respeito aos desejos da gestante e afins sejam conflitantes com seus interesses, visto que coloca em xeque sua posição de crucialidade.

Como belissimamente exposto na obra de Davis-Floyd e Cheyney (2019) os médicos brasileiros assim como mexicanos possuem uma abordagem quase exclusivamente tecnocrata, o que significa colocar o médico no centro e sob controle total de todo o procedimento de parto. Em uma abordagem humanística, observa-se que a gestante possui maior autonomia e controle de diversos aspectos do procedimento.

Após análise da obra, depreende-se que não é uma coincidência o fato de países conservadores serem os que possuem práticas voltadas à tecnocracia, enquanto países progressistas – cujo direito individual da mulher e violência de gênero são reduzidos – possuírem uma abordagem mais humana e respeitosa. A relação possui ligação direta com a tentativa de manutenção do *status quo*, possibilitando que a classe médica – com todos os seus fatores supramencionados – continue sob o controle de todo o contexto obstétrico.

A comparação entre os partos humanísticos e tecnocratas se dá pelos resultados no pós-natal, quando analisadas as taxas de mortalidades materna e neonatal. Segundo Dixon e outras autoras (2019), as parteiras profissionais têm se destacado por trazerem às gestantes resultados positivos com menores intervenções médicas e menor custo em comparação à um obstetra.

Ainda, imperioso salientar que Davis-Floyd e Cheyney (2019) elucidam que os casos de trauma estudados entre as mães são aqueles que foram destratados por profissionais do campo médico durante o parto, impressionando as autoras que a dor do parto tenha sido o processo menos dolorido entre os dois.

Nesse sentido, detêm-se que o parto, como todas as outras situações trata-se de gênero, classe social e etnia. As classes sociais avantajadas no Brasil possuem a escolha de seu ginecologista, obstetra, local de parto e até se haverá presença de parteira, doula e afins – mesmo que menos comuns. Contudo, as gestantes de baixa renda não possuem a mesma “fortuna”, restando à mercê de um sistema que ainda discrimina não somente a gestante, mas também sua posição social.

(...) Nos impressiona que em todos estes países, os mesmos médicos irão tratar diferentemente de acordo com o lugar, usando menos ou nenhuma intervenção em situações de comunidade e mais intervenções em hospitais. Essa convergência cultural demonstra o poder da imperativa tecnológica – se uma tecnologia está disponível, ela deverá e será utilizada – e ainda o paradoxo obstétrico cuja intervenção com a intenção de manter o parto seguro/controlável é o que o causa danos (...) (DAVIS-FLOYD e CHEYNEY, 2019. P. 234)²⁰

É neste cenário que a avassaladora maioria das brasileiras se encontra, milhares de mulheres – mesmo de classes mais altas – não sabem que sofreram algum tipo de violência obstétrica, dada ausência de notificação do tópico. A vocalização de um obste é o primeiro passo para a resolução deste, sendo esta a maneira que as parteiras neozelandesas encontraram para conseguir popularizar as vantagens de sua prática no país.

Ao tratar-se de intervenções médicas, as autoras (DAVIS-FLOYD e CHEYNEY, 2019) concluíram que as classes mais baixas costumam receber quase nenhuma atenção, com os médicos praticamente deixando as puérperas e seus

²⁰ *We find it remarkable that in all of these countries, the same practitioners will treat birth differently according to place, using fewer or no interventions in community settings and more interventions in the hospital. This cross-cultural commonality demonstrates the power of the technological imperative—if a technology is available, it must and will be used—and also the obstetric paradox, in which intervening with the intention to keep birth safe/controlable often causes harm.* (DAVIS-FLOYD e CHEYNEY, 2019. P. 234)

acompanhantes à mercê dos enfermeiros, apenas checando de tempos em tempos. Em uma situação mais humana, haveria o apoio constante de um profissional da área, como ocorre em países como a Nova Zelândia.

Observa-se pela análise da obra de Davis-Floyd e Cheyney (2019) que é possível obter uma fusão entre o método tecnocrata e o humanístico como meio de proteção da gestante, como ocorre na Holanda e na Nova Zelândia. Obtêm-se a proteção de um hospital, aliada à expertise de um obstetra não renegando as vontades da gestante, principalmente, o apoio emocional e físico de uma doula e parteira.

Entretanto, a referida fusão somente é possível com uma abordagem plena do problema não somente pelo campo médico, mas também pela sociedade brasileira como um todo, especialmente as figuras de poder. A ruptura de paradigmas somente é plausível através de ampla discussão do tópico, como ocorreu com o *lobby* do batom pelas congressistas previamente à Constituição de 1988.

Segundo as autoras (2019), o conceito de modernidade se confunde com a medicina ocidental e suas ideias de gênero, classe, etnia e nacionalismo, ocasionando em que o entendimento de um “bom médico” seja aliado à quantidade de intervenções tecnológicas que aplica. Contudo, a história - mais do que a medicina por si só – demonstra que alguns aspectos requerem pouca ou quase nenhuma intervenção.

A tecnologia aliada ao bom senso é uma ferramenta para aumentar as taxas de partos de bem-sucedidos no mundo todo, contudo, quando utilizada apenas como um meio de manutenção de uma posição hierárquica, tende a causar mais danos do que benefícios aos pacientes. Cria-se um ciclo vicioso em que mulheres marginalizadas, em sua esmagadora maioria, sofrem violência obstétrica ou resultados insatisfatórios em cenários hospitalares (DAVIS-FLOYD e CHEYNEY, 2019).

Ultimamente, depreende-se que a perpetuação da violência obstétrica é um simples reflexo da organização brasileira, cuja face é uma representação dos grupos no topo da pirâmide social. As figuras de poder procuram, como em vários momentos

históricos previamente elencados, assegurar seu *status* elevado pela manutenção da trama vigente, mesmo que signifique também realizar a manutenção de práticas violadoras de direitos de terceiros.

A mulher, em sua posição subordinada dentro de uma sociedade brasileira conservadora praticamente não possui voz, alicerçando-se em movimentos sociais para adquirir direitos e conseguir obter mudanças em um cenário político e legislativo. No caso da obstetrícia não seria diferente.

Para que seja possível uma alteração significativa no contexto brasileiro é preciso mais do que somente aplicações legislativas ou promessas à órgãos internacionais, é curial uma mudança drástica de ótica, de modo a não mais tratar o corpo da mulher como uma propriedade alheia e sim como sujeito de direitos.

A igualdade da mulher não deve ser apenas formal, meramente citada por um texto constitucional, deve ser efetiva e enfática para que situações de violência se reduzam drasticamente ou até mesmo extingam-se. Todavia, tal mudança drástica demonstra-se demasiada rebelde e vanguardista para que sejam facilmente aceitas por grupos dominantes conservadores, que buscam por todos os meios possíveis, a manutenção de seu poder.

A evolução humana tem apresentado ao longo da história que a igualdade de gênero não somente é um aspecto fundamental para o bom funcionamento da sociedade como também é inerente ao seu desenvolvimento. Infelizmente, nem todo desenvolvimento ocorre naturalmente, apesar de atingir um certo nível de conformidade após o tempo. Antoine Lavoisier (1743-1794) afirmou que “nada se cria, tudo se transforma” aplicando-se à química, contudo, a transformação da malha social não passa de um rasgo seguido de um remendo.

É nesse cenário – de quebra, ruptura – que a mudança nasce. Fatidicamente, é de se esperar um momento caótico após uma revolução, contudo, como todos os aspectos, há de encontrar-se a naturalidade com o tempo. Independentemente de ser uma ideia utópica, como classificaria Edmund Burke, progressista, revolucionária ou até insana, a mudança da visão sobre a mulher é

fundamental para que haja uma redução efetiva nos casos de violência obstétrica no Brasil.

CONCLUSÃO

A violência obstétrica é um tema tão complexo quanto a ciência obstétrica em si, tornando-se mais enredado quando feita uma análise antropológica aliada ao conceito de conservadorismo. Contudo, observa-se que os conceitos, assim como diversos outros dentro das ciências sociais caminham conjuntamente, isto pois a sociedade funciona como uma máquina.

Cada peça de uma máquina possui uma função específica, sem deixar, no entanto, de fazer parte de um todo. Ao tratar-se de aspectos sociais, vários são os fatores a serem considerados: diversidade etnográfica, religião, cultura, gênero, nível de escolaridade etc.

A violência obstétrica, como um tipo de violência de gênero, deve ser considerada como um problema na engrenagem social, vez que ocasiona empecilhos aos integrantes da trama social. Todavia, o questionamento mais importante é: quais são os integrantes da trama social que são realmente afetados pela violência obstétrica?

Pelos dados e pesquisas abordados, depreendeu-se que a parcela feminina é a parte avassaladora das vítimas de violência obstétrica, contudo, esta também afeta os neonatais e os parceiros das puérperas. Os traumas que permanecem presentes nos núcleos familiares brasileiros após incidentes de violência obstétrica são diversos e muitas vezes irreparáveis.

O conservadorismo, neste aspecto, atua diretamente na perpetuação da violência obstétrica, visto que estudos apontam que os resultados pós-natais são melhores quando a gestante possui autonomia e é bem tratada pela equipe médica. Porém, o tratamento humanizado – contraditoriamente ao contexto do século XXI – ainda está se popularizando, pela diminuição da crucialidade do médico obstetra.

Como pontuado pelas autoras Melissa Cheyney e Robbie Davis-Floyd (2019), para que seja possível compreender como o conhecimento autoritário funciona

para facilitar a violência obstétrica, é necessário que se entenda sua origem. Trata-se de um ambiente hospitalar, com presunções de que os métodos tecnológicos mais modernos sempre serão os mais eficientes para o “tratamento” das gestantes.

Sabe-se, atualmente, que a gravidez não é uma moléstia a ser tratada ou um caso a ser resolvido, mas sim um alicerce para a sociedade. A reviravolta no pensamento conservador acerca deste tópico seria a quebra do paradigma do corpo da mulher e a reaproximação saudável da relação médico-paciente, afastada pelo conceito de posse do corpo feminino por terceiros.

A referida quebra de paradigma somente é possível com uma amplitude de diálogo sobre o tópico, uma verdadeira popularização do assunto, munindo todos os integrantes da sociedade de ferramentas que interrompam o ciclo vicioso de violência. Entretanto, para que seja possível uma ampla disseminação do tópico, é preciso mais do que criação de legislações e fiscalização destas, é necessária uma mudança de pensamento coletivo.

O conservadorismo é uma forma de aversão a mudanças, um verdadeiro atrelo às tradições, o que impede que seus adeptos observem as rupturas de padrão como aspectos positivos, ensejando em estagnação. A ruptura do padrão social significa uma desestabilização na ordem vigente, a transformação do padrão anterior e criação de um novo.

Notadamente, as classes proeminentes da sociedade costumam disseminar valores conservadores simplesmente por temerem uma perda de poder e posição social. Motivo pelo qual, utilizam todas as ferramentas midiáticas disponíveis para conseguir realizar a manutenção de seu *status*.

Por este motivo, o presente trabalho teve como objetivo geral estudar a relação direta entre o conservadorismo e a violência obstétrica, estabelecendo uma relação em que este é mantido por aquele. Quanto aos objetivos específicos, tangenciaram-se à averiguação história do conservadorismo como molde da ótica coletiva, estabelecendo sua relação com a violência obstétrica no contexto brasileiro; comparar a abordagem de outras nações com o *status quo* brasileiro com o intuito de

estabelecer um padrão; e ultimamente, revelar a real ligação entre os conceitos abordados.

O questionamento central foi respondido ao final do terceiro capítulo, quando foi possível observar a relação de causa e efeito entre a relação distante médico paciente, crescente abordagem tecnocrática da medicina obstétrica brasileira e constante subordinação da figura feminina na sociedade com a perpetuação da violência obstétrica.

Quanto às hipóteses levantadas, observa-se que foi possível traçar a ligação entre o conservadorismo e a perpetuação da violência obstétrica no Brasil, contudo, para que seja possível uma mudança de orientação coletiva que leve à redução dos casos de violência obstétrica, é necessário um estudo mais aprofundando do tópico de modo a determinar a real relação entre os conceitos e sua aplicação no plano fático. Não obstante, foi possível vislumbrar fortes indícios e traçar uma importante ligação entre os conceitos, de feito a abrir a temática e criar a discussão.

Nesse sentido, depreende-se que o estudo atingiu os objetivos propostos, proporcionando conscientização ao leitor acerca da violência obstétrica, bem como estabeleceu com sucesso a relação entre o conservadorismo e sua perpetuação através de bibliografias renomadas, estudos de casos e direito comparado.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Flávia. **Pesquisa: 5,6 milhões de brasileiras não vão ao ginecologista**. 2019. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2019-02/pesquisa-56-milhoes-de-brasileiras-nao-vaao-ginecologista>. Acesso em: 15 nov. 2020.
- ANGELIN, Rosângela. **A “caça às bruxas”: uma interpretação feminista**. Disponível em: <https://catarinhas.info/a-caca-as-bruxas-uma-interpretacao-feminista/>. Acesso em: 11 nov. 2020.
- ARECO, Sabrina. **Antonio Gramsci e Albert Mathiez: jacobinos e jacobinismo nos anos de guerra**. 2015. Disponível em: http://outubrorevista.com.br/wp-content/uploads/2015/11/2_Sabrina-Areco.pdf. Acesso em: 20 mar. 2021.
- ARRUDA. Um atendimento ao parto para fazer ser e nascer. In: ENCONTRO NACIONAL SAÚDE DA MULHER: UM DIREITO A SER CONQUISTADO, 1989. P. 40 *apud* OSAVA, Ruth Hitomi. **Assistência ao parto no Brasil: O lugar do não-médico**. 1997.
- BOERMA, Ties *et al.* **Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections**. 2018. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)31928-7/fulltext#%20](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31928-7/fulltext#%20). Acesso em: 18 nov. 2020.
- BONI, Luis Alberto de. **A INFLUÊNCIA DA FILOSOFIA EUROPEIA SOBRE O PENSAMENTO BRASILEIRO**. 1989. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/180821/000022119.pdf?sequence=1>. Acesso em: 29 mar. 2021.
- BOULOS, Guilherme. A Onda Conservadora. In: DEMIER, Felipe. **A onda conservadora: ensaios sobre os atuais tempos sombrios no Brasil**. Rio de Janeiro: Mauad, 2016. p. 24-26. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=kiwODAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT5&dq=pol%C3%ADtica+conservadora+&ots=JzFryzqml0&sig=FPz1OEt8H3I9OHxxGfpDdxXGSxQ#v=onepage&q=pol%C3%ADtica%20conservadora&f=false>. Acesso em: 29 mar. 2021.
- BRASIL. Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005. Brasília, DF.
- BRASIL. Lei nº 17.097, de 17 de janeiro de 2017. Florianópolis, SC.
- BRASIL. Projeto de Lei nº 1130, de 7 de dezembro de 2017. São Paulo, SP.
- BRASIL. Supremo Tribunal Federal. AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE nº 5.617. Rel. Edson Fachin. Brasília. 13 de agosto de 2018, on-line. Acessado em 05 de maio de 2021.
- BRATILIERE, Karina Alves. VIANA, Nicolle Barbara Limones. **A Onda Rosa e a Onda Azul: uma análise das tendências políticas da América do Sul nas**

últimas décadas. 2018. Disponível em:

<https://pucminasconjuntura.wordpress.com/2018/02/01/a-onda-rosa-e-a-onda-azul-uma-analise-das-tendencias-politicas-da-america-do-sul-nas-ultimas-decadas/>.

Acesso em: 29 mar. 2021.

BRENES, Anayansi Correa. **História da parturição no Brasil, século XIX.** 1991. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000200002. Acesso em: 11 nov. 2020.

CATOIA, Cinthia de Cassia *et al.* **Caso “Alyne Pimentel”: Violência de Gênero e Interseccionalidades.** 2020. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2020000100205.

Acesso em: 20 nov. 2020.

CHEYNEY, Melissa; GOODARZI, Bahareh; WIEGERS, Therese; DAVIS-FLOYD, Robbie; VEDAM, Saraswathi. **Giving Birth in the United States and the Netherlands: Midwifery Care as Integrated Option or Contested Privilege?** In: DAVIS-FLOYD, Robbie; CHEYNEY, Melissa (org.). *Birht in Eight Cultures*. Long Grove: Waveland Pres, Inc., 2019. Cap. 6. 165-202

COALITION SOLIDARITÉ BRÉSIL. **BARÔMETRO DE ALERTA SOBRE A SITUAÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS NO BRASIL 2020.** 2021. Disponível em: <https://lebresilresiste.org/wp-content/uploads/2021/03/2020-BAROMETRE-Coalition-Solidarite-Bresil-PT.pdf>. Acesso em: 05 maio 2021

COGBURN, Megan; STRONG, Adrienne; WOOD, Summer. **Choiceless Choice in Tanzania: Homebirth, Hospital Birth And Birth Registration.** In: DAVIS-FLOYD, Robbie; CHEYNEY, Melissa (org.). *Birht in Eight Cultures*. Long Grove: Waveland Pres, Inc., 2019. Cap 3. 49-88

CORTELLA, Mário Sérgio. **Filosofia: E nós com isso?** 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2019. 134 p.

CREMESP. **Juramento de Hipócrates.** 2020. Disponível em: <https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Historia&esc=3>. Acesso em: 05 maio 2021

DAVIS-FLOYD, Robbie; CHEYNEY, Melissa. **Birth in Eight Cultures.** Long Grove, IL: Waveland Press, Inc., 2019. 267 p. Edição do Kindle.

DEBRET, Jean Baptiste. *Viagem pitoresca e histórica ao Brasil.* São Paulo: Martins Fontes, 1949, citado por SANTOS-FILHO, op. cit. p.231 *apud* OSAVA, Ruth Hitomi. **Assistência ao parto no Brasil: O lugar do não-médico.** 1997.

DEL PRIORE. *Ao sul do corpo; condição feminina e mentalidade no Brasil colônia.* 1993 *apud* OSAVA, Ruth Hitomi. **Assistência ao parto no Brasil: O lugar do não-médico.** 1997.

DINIZ, Saullo. **O avanço do conservadorismo no mundo.** 2017. Disponível em: <http://www.pragmatismopolitico.com.br/2017/06/avanco-conservadorismo-mundo.html>. Acesso em: 29 mar. 2021.

DIXON, Lydia Zacher; SMITH-OKA, Vania; KOTNI, Mounia El. **Teaching about childbirth in Mexico: working across birth models.** In: DAVIS-FLOYD, Robbie; CHEYNEY, Melissa (org.). *Birht in Eight Cultures*. Long Grove: Waveland Pres, Inc., 2019. Cap. 2. p. 17-48.

FEBRASGO. **Alta taxa de cesáreas no Brasil é tema de audiência pública.** 2018. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/728-alta-taxa-de-cesareas-no-brasil-e-tema-de-audiencia-publica>. Acesso em: 18 nov. 2020.

FILIZOLA, Carmem Lúcia Alves. FERREIRA, Noeli Marchioro Liston Andrade. **O ENVOLVIMENTO EMOCIONAL PARA A EQUIPE DE ENFERMAGEM: REALIDADE OU MITO ?** 1997. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v5nspe/v5nspea02.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2020.

FREITAS, Bruno Alexandre. **Crise financeira de 2008: você sabe o que aconteceu?** Disponível em: <https://www.politize.com.br/crise-financeira-de-2008/>. Acesso em: 05 maio 2021.

GAHYVA, Helga. **Notas sobre o Conservadorismo: elementos para definição de um conceito.** 2017. *POLÍTICA E SOCIEDADE*. Santa Catarina: UfSC, v. 16 n. 35, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/politica/article/view/2175-7984.2017v16n35p299>. Acesso em: 12 mar. 2021

GEORGES, Eugenia. DAELLENBACH, Rea. **Divergent Meanings and Practices of Childbirth in Greece and New Zealand.** In: DAVIS-FLOYD, Robbie; CHEYNEY, Melissa (org.). *Birht in Eight Cultures*. Long Grove: Waveland Pres, Inc., 2019. Cap. 5. 129-164

GOTTSCHALK, Marcie *et al.* **As faces da Violência Obstétrica.** Disponível em: <https://www.ufrgs.br/jordi/172-violenciaobstetrica/>. Acesso em: 20 nov. 2020.

G1. **Bebê é decapitado durante parto e família clama por justiça.** 2020. Disponível em: <https://www.osaogoncalo.com.br/geral/89074/bebe-e-decapitado-durante-parto-e-familia-clama-por-justica>. Acesso em: 20 nov. 2020.

HOUAISS, Antônio. DO COUTTO, Pedro. *Ilusão, liberdade e reforma agrária.* In: HOUAISS, Antônio. **Brasil: O fracasso do conservadorismo.** São Paulo: Ática, 1989.

LÖWY, Michael. **Conservadorismo e extrema-direita na Europa e no Brasil.** 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sssoc/n124/0101-6628-sssoc-124-0652>. Acesso em: 29 mar. 2021.

MALAGRIS, Lucia Emmanoel Novaes. **A prática da psicologia da saúde.** 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000200012. Acesso em: 17 nov. 2020.

MALIK, Ana Maria. 2002 *apud* MATEI, Elizabete Martins. DE CARVALHO, Geraldo Mota. SILVA, Maria Beatriz Henrique. MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa. **Parto Humanizado: um direito a ser respeitado.** Centro Universitário S. Camilo. São Paulo. P.16-26. Abri/jun.2003.

MANO, Micaela. **Políticas Públicas em tempos do governo PT: uma análise sobre o PELC.** 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/6741/MANO%2c%20MICAELA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 29 mar. 2021.

MARTINS, Ana Paula Vosne. **A ciência obstétrica.** 2004. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/jnzhd/pdf/martins-9788575414514-04.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2020.

MATTOS, Alexandre Nicoli de. **Conservadorismo: entenda o conceito em 4 pontos.** 2017. Disponível em: <https://www.politize.com.br/conservadorismo-pensamento-conservador/>. Acesso em: 29 mar. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SEI/MS 9087621. 03 de maio de 2019.

MOGILKA, Maurício. **GOVERNOS PROGRESSISTAS NA AMÉRICA LATINA E SEUS IMPASSES EM CONTEXTO NEOLIBERAL.** 2019. Disponível em: <file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/4403-19817-2-PB.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2021.

NERY, Vanilde Pereira *et al.* **Principais Tipos de Violências Obstétricas Sofridas pelas Parturientes.** Disponível em: https://dspace.uniceplac.edu.br/bitstream/123456789/92/1/Vanilde%20Nery_0006985.pdf. Acesso em: 19 nov. 2020.

OSAVA, Ruth Hitomi. **Assistência ao parto no Brasil: O lugar do não-médico.** 1997.

PINHEIRO, Chloé. **Cesáreas quase dobram pelo mundo: Brasil é um dos líderes do ranking.** 2018. Disponível em: <https://bebe.abril.com.br/parto-e-pos-parto/cesareas-quase-dobram-pelo-mundo-brasil-e-um-dos-lideres-do-ranking/>. Acesso em: 18 nov. 2020

POSSATI, Andrêssa Batista *et al.* **Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras.** 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452017000400203&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 18 nov. 2020.

Redação G1. **Casal rebate acusações e reclama de violência obstétrica de médica em Pelotas: 'Que eu seja a última vítima'.** 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2020/06/03/casal-rebate-acusacoes-e-reclama-de-violencia-obstetrica-de-medica-em-pelotas-que-eu-seja-a-ultima-vitima.ghtml>. Acesso em: 20 nov. 2020

SCRUNTON, Roger. **Conservadorismo**: um convite à tradição. 6. ed. Rio de Janeiro: Record, 2020. 153 p.

SOUZA, Jamerson Murillo Anunciação de. **Edmund Burke e a gênese conservadorismo**. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282016000200360. Acesso em: 15 mar. 2021.

SOUZA, Larissa Velasquez de. **Fontes para a história da ginecologia e obstetrícia no Brasil**. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v25n4/0104-5970-hcsm-25-04-1129.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2020.

TORNQUIST, Carmen Susana. Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Estudos Feministas**, Santa Catarina, v. 10, p. 483-492, ago. 2002

WARD. Midw Cronicl & Nurs Notes, 1981b. apud OSAVA, Ruth Hitomi. **Assistência ao parto no Brasil: O lugar do não-médico**. 1997.

WILLIAMSON, K. Eliza. MATSUOKA, Etsuko. **Comparing Childbirth in Brazil and Japan: Social Hierarchies, Cultural values, and the Meaning of Place** In: DAVIS-FLOYD, Robbie; CHEYNEY, Melissa (org.). *Birht in Eight Cultures*. Long Grove: Waveland Pres, Inc., 2019. Cap. 4. 89-128

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho et al. **Violência obstétrica no brasil: Uma revisão narrativa**. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/psoc/v29/1807-0310-psoc-29-e155043.pdf>. Acesso em: 189 nov. 2020.

ZAPATER, Máira. Cadernos da Defensoria Pública do Estado de São Paulo. São Paulo, n.2, p. 61-71, abr 2017. On-line. Acesso em 23 de abril de 2021.