



ANÁLISE DOS IMPACTOS DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA SAÚDE MENTAL DA MULHER

ANALYSIS OF THE IMPACTS OF OBSTETRIC VIOLENCE ON WOMEN'S MENTAL HEALTH TITLE IN ENGLISH

ANÁLISIS DE LOS IMPACTOS DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN LA SALUD MENTAL DE LAS MUJERES

Nádia Barboza Santana de Almeida ¹
Andreia Aparecida Henriques Carvalho ²

RESUMO

Essa pesquisa tem como objetivo promover uma reflexão sobre o corpo da mulher no discurso médico e compreender a violência obstétrica a partir do sistema conceitual de Michel Foucault, especialmente nas suas obras Vigiar e Punir e Microfísica do Poder. Para isso, essa pesquisa parte da seguinte pergunta de pesquisa: Quais são os impactos da violência obstétrica na saúde mental da mulher, considerando o contexto social, cultural e institucional que legitima práticas de subordinação e medicalização do corpo feminino? Para responde-la, essa pesquisa foi realizada a partir de uma revisão bibliográfica e de pesquisa de dados recentes sobre a violência obstétrica no Brasil. Assim, temos como objetivo geral analisar, por meio de uma revisão bibliográfica, os impactos da violência obstétrica na saúde mental da mulher, relacionando-os com as dinâmicas de poder e controle exercidas pelas instituições médico-hospitalares. Ainda, definimos dois objetivos específicos, que são identificar, na literatura científica, como o biopoder e os regimes de verdade presentes no discurso médico contribuem para práticas de violência obstétrica e seus reflexos na subjetividade feminina e discutir os desdobramentos psicológicos da desconexão da mulher com seu corpo durante a gestação e o parto, promovida pela medicalização e patologização do processo, conforme relatado em estudos revisados. Ao final, mostraremos que a violência obstétrica é institucionalizada no Brasil e legitimada por um regime de verdade que confere monopólio ao discurso médico sobre o corpo da mulher grávida, retirando-lhe a dignidade e trazendo sofrimento psíquico quando esta não é mais capaz de tomar decisões sobre seu corpo.

Palavras-chave: Violência Obstétrica. Biopoder. Regime de Verdade. Disciplina. Subalternização dos Corpos. Psicopatologia.

ABSTRACT

This research aims to promote a reflection on the woman's body within medical discourse and to understand obstetric violence through Michel Foucault's conceptual framework, particularly in his works Discipline and Punish and The History of Sexuality: The Microphysics of Power. To achieve this, the research addresses the following question: What are the impacts of obstetric violence on women's mental health, considering the social, cultural, and institutional contexts

¹ Mestre em Saúde Coletiva e Enfermeira Assistencial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. E-mail: nanyzinhab@hotmail.com

² Mestre em Saúde Coletiva e Enfermeira Assistencial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.
E-mail: dedeiacarvalho2005@yahoo.com.br



that legitimize practices of subordination and medicalization of the female body? To answer this question, the study was conducted through a literature review and analysis of recent data on obstetric violence in Brazil. Thus, the general objective is to analyze, through a literature review, the impacts of obstetric violence on women's mental health, relating them to the dynamics of power and control exercised by medical-hospital institutions. The specific objectives are to identify, in the scientific literature, how biopower and truth regimes present in medical discourse contribute to practices of obstetric violence and their effects on female subjectivity, and to discuss the psychological repercussions of women's disconnection from their bodies during pregnancy and childbirth, promoted by the medicalization and pathologization of the process, as reported in reviewed studies. Finally, the research demonstrates that obstetric violence is institutionalized in Brazil and legitimized by a truth regime that grants monopoly to medical discourse over the pregnant woman's body, depriving her of dignity and causing psychological suffering when she is no longer able to make decisions about her own body.

Keywords: Obstetric Violence. Biopower. Regime of Truth. Discipline. Subordination of Bodies. Psychopathology.

RESUMEN

Esta investigación tiene como objetivo promover una reflexión sobre el cuerpo de la mujer en el discurso médico y comprender la violencia obstétrica a partir del marco conceptual de Michel Foucault, particularmente en sus obras *Vigilar y Castigar* y *Microfísica del Poder*. Para ello, la investigación aborda la siguiente pregunta: *¿Cuáles son los impactos de la violencia obstétrica en la salud mental de la mujer, considerando los contextos sociales, culturales e institucionales que legitiman prácticas de subordinación y medicalización del cuerpo femenino?* Para responder a esta pregunta, el estudio se realizó a partir de una revisión bibliográfica y del análisis de datos recientes sobre la violencia obstétrica en Brasil. Así, el objetivo general es analizar, a través de una revisión bibliográfica, los impactos de la violencia obstétrica en la salud mental de la mujer, relacionándolos con las dinámicas de poder y control ejercidas por las instituciones médico-hospitalarias. Los objetivos específicos son identificar, en la literatura científica, cómo el biopoder y los regímenes de verdad presentes en el discurso médico contribuyen a las prácticas de violencia obstétrica y sus efectos en la subjetividad femenina, y discutir las repercusiones psicológicas de la desconexión de la mujer con su cuerpo durante el embarazo y el parto, promovida por la medicalización y la patologización del proceso, según lo reportado en los estudios revisados. Finalmente, la investigación demuestra que la violencia obstétrica está institucionalizada en Brasil y legitimada por un régimen de verdad que otorga monopolio al discurso médico sobre el cuerpo de la mujer embarazada, privándola de dignidad y causando sufrimiento psicológico cuando ya no puede tomar decisiones sobre su propio cuerpo.

Palabras clave: Violencia Obstétrica. Biopoder. Régimen de Verdad. Disciplina. Subalternización de los Cuerpos. Psicopatología.



INTRODUÇÃO

Refletir cientificamente sobre violência obstétrica implica necessariamente em olhar para o espaço que o corpo da mulher ocupa na sociedade contemporânea. Quando estamos diante de uma situação na qual um médico sente que pode insultar uma mulher durante o parto ou usar qualquer outra forma de violência nesse momento de imensa vulnerabilidade, então estamos falando de uma sociedade que subalternizou o corpo da mulher e deu legitimidade para o poder médico colonizar o corpo da mulher.

Foucault (2013) estudou os processos de subjetivação da sociedade contemporânea e como as instituições sociais – inclusive o hospital – impõe formas de disciplina corporal, a partir de regimes de verdade, que definem quais discursos são legitimados e quais não são. O sistema conceitual de Foucault (2013) nos permite analisar o biopoder hospital e os regimes de verdade presentes no discurso médico que autoriza socialmente tais comportamentos. Ainda, nos ajuda a entender o sofrimento psíquico gerado pela violência produzida pelas instituições da medicina e seus discursos amplamente validados no manejo da gravidez.

Ladeira e Borges (2022) discutem que o indivíduo se insere na sociedade a partir de um condicionamento estabelecido pelas esferas da linguagem, cultura e valores éticos, desde o seu nascimento, moldados por aquilo que se pode chamar de vetores institucionais, começando pela família, escola, comunidade, entre outros. Nesse contexto, embora a gravidez e o parto sejam dados da biologia, há mediações sociais e subjetivas nesse processo produzidos também pelo hospital enquanto instituição de controle.

Ainda de acordo com Ladeira e Borges (2022), essas instituições, ao interagir com o indivíduo, o afastam do conceito de um corpo livre e sem restrições, inserindo-o em definições identitárias e modos de vida, e legitimando autoridades, instituições, declarações de verdade e sistemas disciplinares. No âmbito da gestação, nossa sociedade atribui à epistemologia da medicina o monopólio do saber sobre o corpo da mulher.

Ladeira e Borges (2022) argumentam que essas estruturas disciplinas estão amplamente presentes na saúde, abrangendo a especialidade da obstetrícia, e são operadas por profissionais e serviços médico-hospitalares. A constante medicalização e patologização da gravidez e do parto acabam despojando o processo vital do corpo feminino, transferindo-o para instituições ao transformá-lo em um evento médico, dissociado da experiência feminina. De maneira semelhante, os relatos sobre violência obstétrica revelam essa desconexão com o próprio corpo e com os fenômenos que lhe são inerentes. Assim, a mulher se sente tratada como um objeto,



manipulada como se fosse parte de uma linha de produção, cujo resultado final é o nascimento da criança.

Contudo, avaliamos que esse processo tem um desdobramento na saúde da mulher que, retirada da possibilidade de tomar decisões sobre seu corpo, adoce psiquicamente, porque é tirado dela a possibilidade de “dizer seu corpo” e de construir sua própria trajetória como mãe. A partir do contexto apresentado, essa pesquisa organiza-se a partir da seguinte pergunta: Quais são os impactos da violência obstétrica na saúde mental da mulher, considerando o contexto social, cultural e institucional que legitima práticas de subordinação e medicalização do corpo feminino?

Ainda, essa pesquisa se definirá a partir dos seguintes objetivos: analisar, por meio de uma revisão bibliográfica, os impactos da violência obstétrica na saúde mental da mulher, relacionando-os com as dinâmicas de poder e controle exercidas pelas instituições médico-hospitalares.

De forma específica o objetivo é identificar, na literatura científica, como o biopoder e os regimes de verdade presentes no discurso médico contribuem para práticas de violência obstétrica e seus reflexos na subjetividade feminina e por fim, discutir os desdobramentos psicológicos da desconexão da mulher com seu corpo durante a gestação e o parto, promovida pela medicalização e patologização do processo, conforme relatado em estudos revisados.

REFERENCIAL TEÓRICO

Para iniciar o referencial teórico desse trabalho nos apropriamos da definição de violência obstétrica do Ministério Público (2024, p.01), segundo o qual:

Violência obstétrica é um termo que descreve práticas abusivas, desrespeitosas, humilhantes, coercitivas ou negligentes durante o parto, o pré-natal e o pós-parto. Essas práticas podem ser perpetradas por profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros, parteiras, entre outros, e também podem incluir políticas institucionais que desrespeitam os direitos das mulheres durante a gestação e o parto.

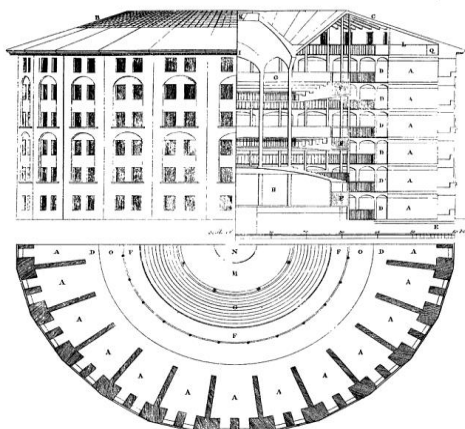
O MP (2024) a conexão entre violência obstétrica e o cuidado ao parto é intricada e possui diversas camadas. Ao longo da história, muitos sistemas de saúde têm se inclinado para práticas médicas que priorizam intervenções em vez de valorizarem a autonomia e as vivências das mulheres no parto. Essa situação pode gerar um ambiente em que as mulheres se sintam privadas de poder, desrespeitadas e até traumatizadas pelo ato de dar à luz. Por outro lado, o

cuidado ideal no parto visa assegurar que as mulheres tenham acesso a serviços de qualidade, que respeitem sua autonomia, ofereçam informações transparentes e proporcionem apoio emocional em todas as etapas da gestação, parto e pós-parto. Esse enfoque requer uma metodologia centrada na mulher, que leva em conta suas necessidades físicas, emocionais, culturais e sociais.

Para analisar o processo de violência obstétrica, vamos nos apropriar do sistema conceitual de Foucault (2013) e percebê-la como parte das estratégias de biopoder típica das instituições disciplinares da sociedade contemporânea.

Foucault (2013) traz como metáfora para entender o hospital e os discursos e saberes que nele circulam a arquitetura do panóptico do jurista Jeremy Bentham, que pode ser observada a seguir:

Figura 1. Representação do panóptico de Jeremy Bentham



Fonte: Wiki Commons (2024)

O panóptico, idealizado por Jeremy Bentham, é uma estrutura arquitetônica concebida para vigilância e controle, originalmente projetada para prisões. Consiste em um edifício circular onde uma torre central permite que um observador veja todos os prisioneiros em suas celas, dispostas ao redor da estrutura, sem que eles saibam quando estão sendo observados. Essa incerteza cria um estado de vigilância constante que disciplina os indivíduos mesmo na ausência de supervisão direta. Mais do que uma construção, o panóptico se tornou, nas análises de Foucault (2013), um símbolo das formas modernas de poder e controle social, aplicando-se a instituições como escolas, hospitais e fábricas, onde a disciplina é mantida pela internalização da vigilância.



Foucault (2013) usa o panóptico como a metáfora da sociedade contemporânea e como estrutura que explica as relações de poder no hospital. Assim como na prisão, em que a rotina dos prisioneiros é controlada a cada minuto pela organização da mesma, o discurso médico passou a organizar toda a vida da mulher grávida. Esse discurso organiza sua alimentação, atividades físicas, os exames regulares e torna a experiência do parto em um momento de intervenção médica. De um momento que é biológico, se transforma em patologia. Sobre as relações de poder no panóptico, diz Foucault (2013, p.120):

Ao mesmo tempo, as técnicas de poder no interior do panóptico são realmente surpreendentes. Trata-se essencialmente do olhar; e também da palavra, pois existem os famosos tubos de aço – extraordinária invenção – que ligam o inspetor principal a cada cela onde se encontram, nos diz Bentham, não um prisioneiro, mas pequenos grupos de prisioneiros. Finalmente, a importância da dissuasão, muito enfatizada no texto de Bentham: "é preciso, diz ele, estar incessantemente sob o olhar de um inspetor; isto na verdade significa perder a capacidade de fazer o mal e quase perder o pensamento de querê-lo"; nós estamos no âmago das preocupações da Revolução: impedir as pessoas de fazerem o mal, tirar-lhes o desejo de cometê-lo; tudo poderia ser assim resumido: não poder e não querer.

Durante o parto, profissionais da saúde, mediados pela orientação médica, mediam toda a experiência do corpo da mulher de ter o filho. Intervenções, medicamentos, exames etc. definem o momento, tirando da mulher todo o controle e autonomia sobre esse momento.

Serra e Batalha (2019) discutem que, na sociedade contemporânea, a medicina assume um papel crucial na regulação e gestão do corpo, influenciando tanto os estilos de vida individuais quanto coletivos por meio da criação de normas que direcionam a vida contemporânea, abrangendo não apenas o tratamento de doenças, mas também aspectos como comportamento, sexualidade, fecundidade, fertilidade, natalidade e mortalidade, entre outros. Os conceitos de corpo e poder estão profundamente entrelaçados. O corpo é visto como um elemento suscetível à influência e capaz de influenciar, por meio das dinâmicas de poder que se fazem presentes. Assim, ele se encontra imerso em relações de poder, sendo moldado e definido por estas interações, sem possibilidade de escapar delas, e atuando através delas. Dessa forma, o poder não é uma força externa, mas sim um elemento que integra a própria identidade das pessoas, circulando nas relações por meio de discursos e práticas.

Nesse contexto, o biopoder, conforme discutido por Serra e Batalha (2019), é uma forma de poder utilizada pelos estados capitalistas modernos para supervisionar a população. Por meio de diversos mecanismos de biopoder, a gestão das massas pode ser tratada de maneira racional



e alcançada por meio do consenso, como ilustrado pelos hábitos de saúde, práticas reprodutivas e comportamentos sexuais, entre outros. No hospital e na clínica obstétrica, esse controle durante a gestação e o parto encontra ampla legitimidade social, porque há um regime de verdade de que o corpo da mulher terá mais segurança na gestação uma vez que o discurso médico mediar esse processo.

Flores e Mello Netto (2023) desenvolveram uma pesquisa, a partir do relato de uma mulher que sofreu violência obstétrica, que nos possibilita entender o regime de verdade por trás dessa prática violenta. Os autores discutem que as associações médicas têm adotado uma postura que rejeita a violência obstétrica, como um elemento fundamental do modelo médico dominante. Para essas organizações, a violência obstétrica é vista, no máximo, como um erro em uma interação específica entre um profissional e uma paciente. O médico é considerado uma entidade neutra e atemporal, cuja atenção é sempre direcionada ao bem-estar dos indivíduos, o que, por sua vez, legitima suas práticas.

De acordo com os autores, uma vez que a medicina ocupa uma posição central que influencia os outros serviços, a única perspectiva aceitável sobre gravidez, parto e nascimento é a assertiva pronúncia do médico. Como consequência desse conhecimento, a paciente assume um papel passivo na interação com o profissional, sendo tratada como um objeto. Embora muitos profissionais vinculem a violência obstétrica ao comportamento individual de quem a pratica, sua compreensão requer uma análise da dinâmica de poder entre o profissional de saúde e a mulher, influenciada pela estrutura do que podemos definir como discurso médico. Isso implica em dizer que não há efetivamente comportamentos particulares, mas uma violência institucionalizada.

Flores e Mello Netto (2023) discutem que a violência obstétrica marginaliza a mulher na instituição que opera sob a autoridade da medicina ao ser reduzida a uma condição patológica ou a um diagnóstico clínico, sendo vista como uma generalidade e não levando em conta sua individualidade. Nesse sentido, o conhecimento médico se relaciona com a sabedoria do mestre – o conceito que Lacan se referiu como o discurso do mestre

O discurso da área médica, que Lacan associa ao que ele chama de discurso do mestre, se origina de uma posição onde a intenção de controle—mesmo que subconscientemente ou não admitida—está profundamente enraizada, e tende a silenciar o sujeito. Nesse contexto, o médico é quem possui o conhecimento, enquanto o paciente se torna um mero objeto desse saber. A subestimação do entendimento que a gestante tem sobre seu próprio corpo emerge



como uma consequência inevitável dessa estrutura de poder. Caso a medicina realmente se importasse com o conhecimento da parturiente, faria isso de maneira condescendente, atribuindo a esse saber a categoria de "crença". Assim, é possível perceber a inseparabilidade entre a violência manifesta e o discurso médico.

Sousa *et al* (2024) discutem que os traumas e as violências vivenciados durante o parto vão além das lesões físicas, abrangendo também impactos psicológicos. Enfrentar uma experiência traumática, na qual a mulher vivencia um parto que compromete sua dignidade, destrói suas esperanças e deixa marcas emocionais de intensa tristeza, é um grande desafio, especialmente considerando que esse momento foi por muito tempo desejado e idealizado.

Ainda de acordo com Sousa *et al* (2024), a violência obstétrica pode desencadear psicopatologias devido ao profundo impacto psicológico gerado pela violação da autonomia e do respeito à mulher em um momento de grande vulnerabilidade. Quando submetidas a intervenções desnecessárias, tratamentos desumanos ou discursos autoritários, as mulheres frequentemente vivenciam sentimentos de impotência, medo e desamparo. Essa desconexão com o próprio corpo e a perda de controle sobre o processo do parto podem resultar em traumas psicológicos duradouros, incluindo transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), depressão pós-parto e ansiedade generalizada. Esses quadros são intensificados pela internalização de culpa e vergonha, frequentemente perpetuada pelo sistema médico que desvaloriza a experiência subjetiva da mulher.

Além disso, Sousa *et al* (2024) discute que a violência obstétrica afeta negativamente a construção da maternidade e da relação inicial entre mãe e bebê. Quando a mulher é desumanizada e tratada como um objeto durante o parto, a experiência que deveria ser de acolhimento e empoderamento é substituída por dor emocional e fragilidade. Essa ruptura na vivência do parto pode prejudicar a saúde mental da mulher, dificultando sua adaptação ao papel materno e o estabelecimento de vínculos afetivos saudáveis. Ao serem ignoradas ou invalidadas, as mulheres também podem desenvolver sintomas como insônia, crises de pânico e retraimento social, impactando sua qualidade de vida e sua capacidade de cuidar de si mesmas e de seus filhos. Esses efeitos demonstram a gravidade das consequências emocionais e psicológicas da violência obstétrica, tornando essencial a humanização no atendimento à saúde.

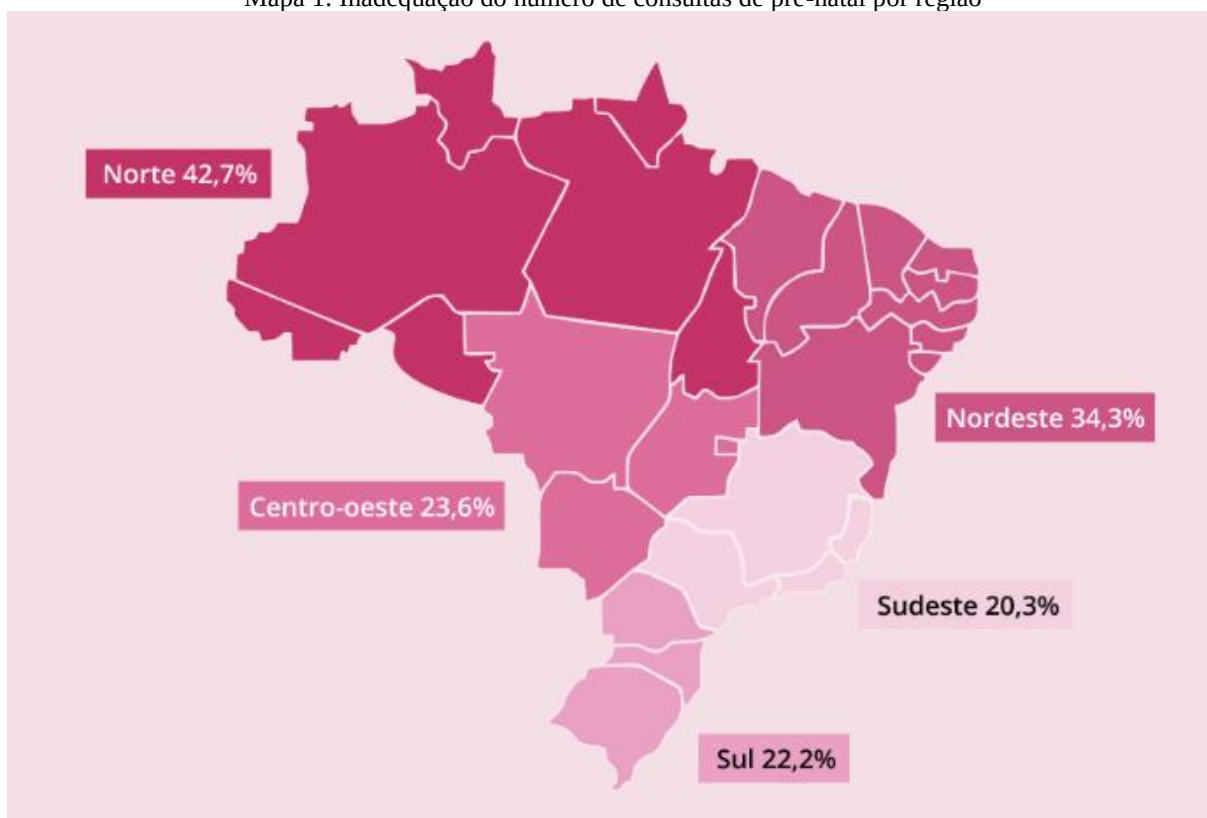
METODOLOGIA

Para responder a seus objetivos, essa pesquisa se organiza a partir da metodologia qualitativa e será feita por meio de uma revisão bibliográfica e de busca de dados sobre a violência obstétrica no Brasil. O marco teórico é foucaultiano, porque importa aqui entender a violência obstétrica a partir das categorias analíticas de biopoder, disciplina e regime de verdade e da relação entre poder e saber.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Iniciamos essa discussão por meio de dados obtidos em uma pesquisa da Fiocruz, de 2020. A pesquisa foi baseada em um inquérito com mulheres em gestação, com uma amostra de 25.500 mulheres, em 465 hospitais em todo o Brasil. O primeiro mapa mostra a inadequação do número de consultas de pré-natal por região:

Mapa 1: Inadequação do número de consultas de pré-natal por região



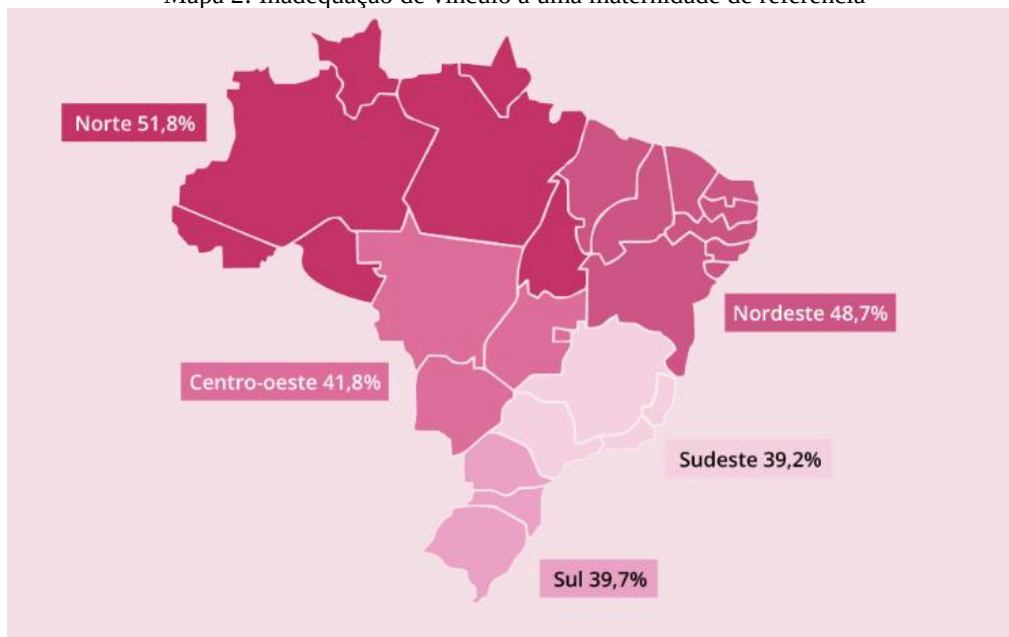
Fonte: FIOCRUZ (2020)

Os dados mostram que, quando mais pobre a região, mais inadequado é o atendimento ao pré-natal. Os dados também corroboram com Flores e Mello Netto (2023), que mostram que

a violência obstétrica é institucionalizada, não condutas individuais de alguns médicos. De acordo com dados dessa pesquisa, desde 1990, o Brasil tem registrado um aumento na proporção de mulheres que recebem assistência pré-natal, superando a marca de 90% em todas as áreas do país. Contudo, diversas gestantes ainda enfrentam desafios para cumprir o número mínimo de consultas sugeridas pelo Ministério da Saúde, especialmente nas regiões Norte e Nordeste. O Ministério da Saúde recomenda que, além de pelo menos 8 consultas, o acompanhamento pré-natal comece antes da 12^a semana de gestação. A pesquisa no Brasil revelou que este aspecto do pré-natal apresenta a menor adequação, com 46% das mulheres iniciando o acompanhamento de forma tardia.

No mapa 2 a seguir veremos a inadequação de vínculo a uma maternidade de referência. Com base nos dados da Fiocruz (2020), a proporção de mulheres grávidas que se ligaram a uma maternidade para o parto foi reduzida. Menos de 60% delas relataram ter recebido informações sobre a maternidade responsável, o que vai em desacordo com a Lei n. 11.634/2007, que assegura que toda gestante tenha o direito de conhecer e se vincular à maternidade onde será atendida durante o parto pelo SUS. Um dos propósitos do vínculo da gestante ao hospital maternidade designado é minimizar a busca constante das mulheres durante o processo de admissão para o parto. No levantamento, esse tipo de deslocamento foi mencionado por 16,2% das participantes.

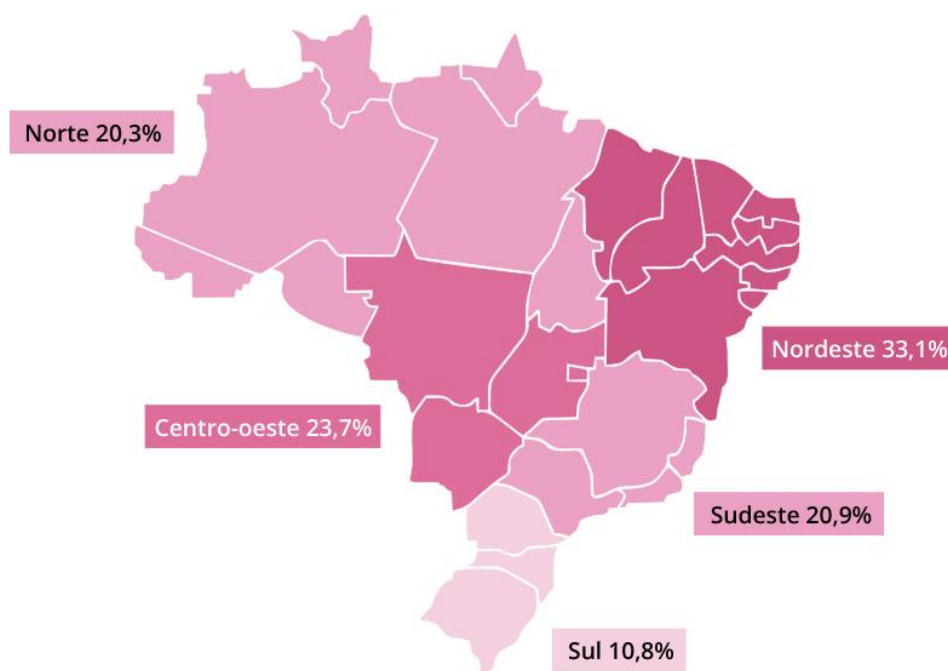
Mapa 2: Inadequação de vínculo a uma maternidade de referência



Fonte: FIOCRUZ (2020)

No mapa 3 a seguir veremos a peregrinação das mães por hospitais e maternidades, que indica a dificuldade de encontrar hospitais para realizar o parto. Novamente, o maior índice é na região mais pobre da federação.

Mapa 3: Peregrinação de mães em busca de hospitais e maternidades



Fonte: FIOCRUZ (2020)

Para entender os dados supramencionados, que mostram formas institucionalizadas de violência obstétrica, é preciso entender como Foucault (2016) compreende as relações entre corpo e poder. Para o autor, o corpo está profundamente imerso em um contexto político; as dinâmicas de poder influenciam-no de maneira imediata; elas o invadem, o marcam, o orientam, o atormentam, sujeitam-no a tarefas, forçam-no a rituais, e demandam-lhe sinais. Essa influência política sobre o corpo está relacionada, por meio de vínculos complexos e mútuos, à sua exploração econômica; em grande medida, é através da sua função produtiva que o corpo se torna objeto de relações de poder e dominação.

No entanto, ainda de acordo com o autor, sua formação como força de trabalho só se dá quando ele se encontra inserido em um sistema de subjugação, no qual a necessidade é um instrumento político meticulosamente estruturado e utilizado; o corpo se transforma em uma



força valiosa apenas quando é simultaneamente produtivo e submisso. Assim é produzido um discurso sobre o corpo da mulher grávida, que a subordina ao biopoder.

Segundo Foucault (2016), essa subserviência não se estabelece apenas por meio da violência ou da ideologia; pode ocorrer de maneira direta e física, empregando a força contra a força, lidando com elementos materiais sem necessariamente ser violenta; pode ser metódica, organizada e técnica, ou ainda sutil, evitando o uso de armamentos e do medo, e mesmo assim permanece de natureza física. Isso implica que pode existir um “conhecimento” do corpo que transcende a ciência de seu funcionamento, além de um controle sobre suas energias que vai além da mera capacidade de dominá-las: tal conhecimento e controle formam o que se poderia denominar de tecnologia política.

No caso da violência obstétrica, está claro que as técnicas de poder utilizadas são sutis, têm aparência de assistência, mas promovem vulnerabilidade, insegurança e, como desdobramento, adoecimento psíquico.

Para Foucault (2016), essa tecnologia é disseminada, frequentemente não estruturada em discursos sistemáticos e contínuos; muitas vezes consiste em fragmentos ou partes; emprega materiais e processos desconexos. Na maioria das vezes, apesar da coerência de seus resultados, trata-se de uma instrumentação diversificada. Ademais, seria impraticável localizá-la em um tipo específico de instituição ou em um aparato estatal. Estes a utilizam, aproveitam-na ou impõem algumas de suas práticas, mas ela mesma, em seus mecanismos e efeitos, opera em um nível totalmente distinto. De certa forma, trata-se de uma microfísica do poder acionada por aparelhos e instituições, mas cujo escopo se situa entre esses grandes sistemas e os corpos em sua concretude e potências.

Aqui, o discurso médico, que transforma um evento fisiológico em um processo patológico, precisa ser compreendido a partir das relações de poder e subordinação que ele engendra. Sobre isso, Foucault (2016) afirma que necessário reconhecer que o poder gera saber, não apenas por favorecê-lo ou utilizá-lo devido à sua utilidade, mas por estar intrinsecamente ligado a ele. O poder e o saber estão interconectados; não existe uma relação de poder que não crie um correspondente campo de conhecimento, assim como não há conhecimento que não implique e não constitua, simultaneamente, relações de poder. Essas interações de "poder e saber" devem ser examinadas não a partir de um sujeito conhecedor que seria livre ou não das imposições do poder, mas sim entendendo que o sujeito que conhece, os objetos de conhecimento e as formas de saber são, na verdade, manifestações dessas interações essenciais

entre poder e conhecimento e suas transformações ao longo do tempo. Em resumo, não é a ação do sujeito conhecedor que gera o saber, seja ele favorável ou resistente ao poder, mas sim o conjunto de relações de poder e saber, junto com os processos e disputas que os envolvem, que moldam as modalidades e os tipos possíveis de conhecimento.

Em pesquisa do Ministério da Saúde (2023) o Brasil figura entre os países com as maiores taxas de cesáreas no mundo, registrando 58,16% de partos realizados por este método em 2022. Este número está muito acima da recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS), que sugere que a taxa de cesáreas não ultrapasse 15%. Além disso, o contexto de assistência obstétrica no país é marcado por relatos de violência obstétrica. Um estudo da Fundação Perseu Abramo, realizado em 2010, revelou que 1 em cada 4 mulheres entrevistadas afirmou ter sido vítima desse tipo de violência. Já a pesquisa "Nascer no Brasil", conduzida pela Fiocruz em 2012 com quase 24 mil mulheres, mostrou que 30% das pacientes atendidas em hospitais privados sofreram violência obstétrica, taxa que aumenta para 45% entre aquelas atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Esses dados apontam para desafios significativos na humanização e na qualidade da assistência ao parto no país. Na figura a seguir, podemos verificar esses dados:

Figura 2. Violências sofridas durante o atendimento ao parto



Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE (2023)



Foucault (2016) discute que a pesquisa sobre essa microfísica sugere que o poder exercido não deve ser visto como uma propriedade, mas sim como uma estratégia. No âmbito da violência obstétrica, a estratégia utilizada é a de que os corpos das mulheres grávidas estão protegidos pelo poder médico, naturalizando essa estratégia de dominação;

Nesse contexto, segundo os autores, os efeitos de controle não devem ser atribuídos a uma “apropriação”, mas sim a arranjos, manobras, táticas e técnicas, revelando uma rede de relações que estão sempre em tensão e em movimento, ao invés de serem vistas como um privilégio que pode ser possuído. O modelo a ser considerado é mais a batalha contínua do que um contrato que implica uma concessão ou a conquista que toma posse de um território. É essencial reconhecer que tal poder é mais sobre a sua prática do que sobre a sua posse, não sendo um “privilégio” adquirido pela classe dominante, mas um efeito coletivo das suas posições estratégicas — efeito que se manifesta e, às vezes, é redirecionado pela posição daqueles que estão sob dominação. Além disso, esse poder não é simplesmente imposto como uma obrigação ou uma proibição àqueles que “não têm”; ele os envolve, flui por meio deles e se apoia neles, assim como estes, em sua resistência, se apoiam nas áreas onde o poder os atinge. Isso implica que essas relações são complexas e estão inseridas na sociedade, não se limitando às interações entre o estado e os cidadãos ou às divisões de classe. Elas não se restringem a reproduzir nos indivíduos, corpos, gestos e comportamentos a forma geral das leis ou do governo. Apesar de haver uma continuidade (realmente, elas se conectam de maneira complexa), não há analogia ou homologia, mas sim uma especificidade dos mecanismos e modalidades envolvidos.

O Brasil possui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, regulamentado pela Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000, que define:

Art. 2º Estabelecer os seguintes princípios e diretrizes para a estruturação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento:

- a - toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;
- b - toda gestante tem direito ao acompanhamento pré-natal adequado de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo I desta Portaria;
- c - toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;
- d - toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo II desta Portaria;
- e - todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura (Brasil, 2000).



Há duas questões que precisam ser avaliadas a partir dessa Portaria. Em primeiro lugar, ela é de 2000 e quando olhamos dados de mais de vinte anos depois, não podemos dizer que a humanização do parto foi plenamente implementada no Brasil. Ainda, há outra questão relevante. Essa portaria também é um mecanismo de biopoder. Ela se mantém plenamente fiel ao discurso médio e encaminha a gestante aos aparelhos de poder que provocam violência obstétrica.

CONCLUSÃO

Esse trabalho teve início com a seguinte pergunta de pesquisa: Quais são os impactos da violência obstétrica na saúde mental da mulher, considerando o contexto social, cultural e institucional que legitima práticas de subordinação e medicalização do corpo feminino? A pesquisa mostrou que os impactos da violência obstétrica na saúde mental da mulher refletem a perda da dignidade e o poder de escolha sobre seu próprio corpo, resultando de um contexto social, cultural e institucional que perpetua a subordinação e a medicalização do corpo feminino.

No plano social, a partir do sistema conceitual foucaultino, avaliamos que a violência obstétrica reforça estereótipos de gênero que desvalorizam a mulher enquanto sujeito de decisão sobre seu corpo e seu parto. A ideia de que o saber médio tem autoridade incontestável sobre os processos reprodutivos reflete uma cultura patriarcal que silencia e infantiliza as mulheres, levando à internalização de um senso de impotência e inferioridade.

Culturalmente, há uma naturalização da dor e do sofrimento no parto, frequentemente justificadas como "necessárias" ou "normais", o que desencoraja as mulheres de relatarem ou mesmo reconhecerem as agressões sofridas. Essa legitimação social mina o apoio necessário para que elas processem suas experiências e busquem suporte psicológico. Institucionalmente, a violência obstétrica é facilitada por práticas de saúde que priorizam protocolos rígidos e a conveniência médica em detrimento de abordagens centradas na mulher. A medicalização excessiva, muitas vezes desnecessária, transforma o parto em um procedimento técnico e desumanizado, desconsiderando a dimensão emocional e subjetiva da experiência. Essa estrutura institucional perpetua traumas, especialmente em populações vulnerabilizadas, como mulheres negras, indígenas e de baixa renda, que frequentemente enfrentam múltiplas formas de discriminação.



O impacto acumulado desses fatores contribui para que as mulheres se sintam desamparadas, retraídas e até desconectadas de seus filhos, prejudicando não apenas sua saúde mental, mas também a qualidade de seus vínculos familiares e sociais. Combater a violência obstétrica requer transformar as dinâmicas culturais, sociais e institucionais que sustentam a desigualdade de gênero e promover práticas de cuidado que respeitem a autonomia e a dignidade das mulheres.

No que se refere ao nosso objetivo geral de pesquisa, analisamos, por meio da revisão bibliográfica, os impactos da violência obstétrica na saúde mental da mulher, relacionando-os com as dinâmicas de poder e controle exercidas pelas instituições médico-hospitalares. De fato, mostramos que são essas dinâmicas institucionalizadas que subordinam os corpos das mulheres ao discurso médico.

No que se refere ao nosso primeiro objetivo específico identificamos, na literatura científica, como o biopoder e os regimes de verdade presentes no discurso médico contribuem para práticas de violência obstétrica e seus reflexos na subjetividade feminina. O discurso naturalizado da medicalização do parto deixa a mulher ainda mais vulnerável e, portanto, sujeita a aceitar as decisões sobre seu corpo.

Finalmente, para atender ao nosso segundo objetivo específico, discutimos os desdobramentos psicológicos da desconexão da mulher com seu corpo durante a gestação e o parto, promovida pela medicalização e patologização do processo, conforme relatado em estudos revisados. Mostramos que processo deixa a mulher vulnerável a psicopatologias, levando a mais dificuldades na construção da própria maternidade.

De acordo com Pereira *et al* (2018) um dos principais obstáculos para a implementação de um modelo fundamentado em práticas humanizadas é a necessidade de colaboração entre os Ministérios da Saúde e da Educação. Essa colaboração é essencial para que o currículo dos cursos de formação em saúde inclua, além dos princípios da “Medicina Baseada em Evidências”, uma abordagem centrada no ser humano, que é vital para um exercício profissional competente. Os autores defendem a ideia de fortalecer a atenção multiprofissional, e destacam que o principal desafio para todos os profissionais envolvidos na assistência a mulheres que estão em trabalho de parto é reduzir o sofrimento, transformando essa vivência em um momento de crescimento e realização tanto para a mulher quanto para sua família.

Pereira *et al* (2018) defendem que essa articulação precisa de respaldo à transformação no modelo de atendimento ao parto e ao pós-parto, que anteriormente se restringia a uma



abordagem biomédica e interventiva, e agora se direciona para uma assistência holística que prioriza o autocuidado, sendo acolhedora e centrada no ser humano. Sem isso, qualquer política pública será apenas mais um mecanismo de biopoder e de legitimação do discurso médico.

Dessa forma, uma mudança ampla nos processos que geram violência obstétrica demanda uma descontração dos papéis de gênero e com a percepção biomédica, hierárquica e hospitalcêntrica que domina a medicina brasileira

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html. Acesso em: 29 nov. 2024.

FIOCRUZ. **Nascer no Brasil**. Rio de Janeiro: Grupo de pesquisa Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, 2020. Disponível em: <https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/>. Acessado em: 29 nov.2024.

FLORES, C. A.; MELLO NETTO, V. DE. “É para o seu bem”: a "violência perfeita" na assistência obstétrica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 33, p. e33057, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/GmrkrNpcpkspmMPG6JF7T7J/#ModalHowcite>. Acessado em: 29 nov.2024.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro, RJ: Graal, 2013.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão; tradução de Raquel Ramalhete. Petrópolis: Vozes, 2016.

LADEIRA, F. M. B.; BORGES, W. A. Colonização do corpo e despersonalização da mulher no sistema obstétrico. **Revista de Administração de Empresas**, v. 62, n. 4, p. e2021–0082, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rae/a/WmmrVD8nySn993mb4tpKDKg/#ModalHowcite>. Acessado em: 29 nov.2024

MINISTÉRIO PÚBLICO. **Cartilha de violência obstétrica**. Belém: Administração Superior do Ministério Público, 2024. Disponível em: <https://www2.mppa.mp.br/data/files/98/56/92/DE/A8A1F8102F73B3D8180808FF/CARTILHA%20DE%20VIOLENCIA%20OBSTETRICA.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Audiência pública**: Importância do conceito de “violência obstétrica” para a proteção das mulheres. Brasília: Governo Federal, 2023.

PEREIRA, R. M. et al. Novas práticas de atenção ao parto e os desafios para a humanização da assistência nas regiões sul e sudeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 11, p.



3517–3524, nov. 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/zFnLqbKLF75JphwHJqRdhCd/#ModalHowcite>. Acesso em: 29 nov. 2024.

SERRA, Maiane Cibele de; BATALHA, Glaucia Fernanda Oliveira Martins. Do poder disciplinar ao biopoder: medicalização do parto a partir da incidência de cesarianas. **Revista de Gênero, Sexualidade e Direito**, Belém, v. 5, n. 2, p. 74-95, jul./dez. 2019. Disponível em: <https://www.indexlaw.org/index.php/revistagsd/article/view/5923/pdf>. Acesso em: 29 nov. 2024.