

A medicalização do parto como ferramenta de docilização dos corpos: violência obstétrica sob a ótica de Foucault

Daniele Pereira¹

Andressa Karolyne Pereira de Freitas Rodrigues²

Recebido em 19/11/2024. Aprovado em 02/06/2025

Resumo: O artigo visa analisar o contexto da medicalização do parto e a violência obstétrica a partir da teoria da docilização dos corpos, controle e vigilância de Michel Foucault. Para atingir tal objetivo primeiramente apresentou-se contextualização histórica sobre os hospitais e a migração dos partos do ambiente doméstico para o ambiente hospitalar. Em seguida discutiu-se a medicalização como uma solução de saúde, a implantação da disciplina nos hospitais e a patologização do parir. Foi traçado um panorama de naturalização de condutas das equipes de saúde, justificadas por estas para “facilitar” o parto, o que foi demonstrado com base teórica como sendo formas de violência obstétrica. Por fim, apresentou-se o parto humanizado como uma via de retorno à concepção fisiológica e despatologização do nascer. Metodologicamente, a pesquisa é uma revisão bibliográfica descritiva, propondo uma análise com base em Foucault. Concluiu-se que a violência obstétrica é uma violação à dignidade da pessoa humana e que é necessário um letramento às mulheres e demais pessoas que gestam sobre seus direitos sexuais e reprodutivos.

Palavras-chave: mulheres, violência de gênero, revisão descritiva, autonomia, nascimento humanizado.

The medicalization of childbirth as a tool for docilizing bodies: obstetric violence from Foucault's perspective

Abstract: This article aims to analyze the context of the medicalization of childbirth and obstetric violence based on Michel Foucault's theory of docilization of bodies, control and surveillance. To achieve this objective, a historical contextualization was first presented, addressing the birth of hospitals and the migration of births from the domestic environment to the hospital environment. Medicalization was then discussed as a health solution, the implementation of discipline in hospitals and the pathologization of childbirth. A panorama of the naturalization of behaviors of health teams was outlined, justified by them to “facilitate” childbirth, which was demonstrated on a theoretical basis to be forms of obstetric violence. Finally, humanized birth was presented as a way to return to physiological conception and depathologize birth. Methodologically, this article is a descriptive bibliographic review, proposing an analysis based on Foucault. It was concluded that obstetric violence is a violation of human dignity and that women and other pregnant people need to be educated about their sexual and reproductive rights.

Keywords: Women, gender violence, descriptive review, autonomy, humanized childbirth.

¹ Docente no curso de Direito da Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Pesquisadora no Grupo de Pesquisa em Direitos Humanos (GPDH) na Unioeste Francisco Beltrão/PR. E-mail: dany_ppereira@hotmail.com

² Funcionária pública e estudante de graduação do curso de Direito da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, campus de Francisco Beltrão. E-mail: andressa.rodrigues@unioeste.br

La medicalización del parto como herramienta para docilizar los cuerpos: la violencia obstétrica desde la perspectiva de Foucault

Resumén: Este artículo tiene como objetivo analizar el contexto de la medicalización del parto y la violencia obstétrica a partir de la teoría de la docilización de los cuerpos, el control y la vigilancia de Michel Foucault. Para lograr este objetivo, se presentó primero una contextualización histórica, abordando el nacimiento de los hospitales y la migración de los nacimientos del ámbito doméstico al hospitalario. Luego se discutió la medicalización como solución de salud, la implementación de la disciplina en los hospitales y la patologización del parto. Se esbozó un panorama de naturalización de conductas de los equipos de salud, justificadas por ellos para “facilitar” el parto, lo que se demostró teóricamente como formas de violencia obstétrica. Finalmente, el parto humanizado se presentó como una forma de regresar a la concepción fisiológica y despatologizar el nacimiento. Metodológicamente, este artículo es una revisión bibliográfica descriptiva, proponiendo un análisis basado en Foucault. Se concluyó que la violencia obstétrica es una violación a la dignidad humana y que las mujeres y otras personas embarazadas necesitan ser educadas sobre sus derechos sexuales y reproductivos.

Palabras clave: Mujeres, violencia de género, revisión descriptiva, autonomía, nacimiento humanizado.

Introdução

O presente artigo busca fomentar as discussões sobre a violência obstétrica sob a ótica de Foucault. Inicialmente, analisa-se a hospitalização da medicina e a medicalização do hospital a partir da contextualização histórica do surgimento da medicina, modificação das práticas médicas e da transformação dos hospitais de assistência aos pobres numa instituição de cuidados com a saúde. Posteriormente, investiga a medicalização como solução de saúde sob a ótica de Foucault (1979 e 1987), a partir da patologização do nascer, por meio da migração dos partos do ambiente doméstico para ambiente hospitalar, a partir da qual, o parir passou a ser controlado pelo saber médico. Na sequência, conceitua violência obstétrica no Brasil, relata as conquistas legislativas na temática, em que pese a ausência de sua tipificação penal, para, finalmente, apresentar o movimento de humanização do parto como despatologização e retorno a concepção fisiológica.

O estudo se justifica, pois, a mulher é vítima de violência desde a antiguidade, em múltiplas formas, e o parto não está imune a esta realidade. Desde os primórdios da humanidade, as mulheres davam à luz em suas casas, assistidas por parteiras. O parto é um evento natural, e o corpo da mulher é biologicamente preparado para tal. Contudo, com a hospitalização da medicina, a obstetrícia também foi institucionalizada, e os partos, que antes eram feitos em casa, passaram a ser realizados nos hospitais.

Agora, não mais a mulher é a protagonista deste evento e, sim, a figura do obstetra, detentor do saber médico. Dentro de um ambiente desconhecido, e sem saber quais procedimentos serão realizados no evoluir do trabalho de parto, as gestantes perdem o controle sobre seus corpos, podendo ficar expostas a violências nesse período de grande vulnerabilidade. Assim, um parto seguro, humano e respeitoso é direito de todas as mulheres, negar-lhes esse direito é uma clara violação aos Direitos Humanos, previstos na Constituição brasileira, razão pela qual esta é uma discussão necessária.

Metodologicamente, trata-se de uma revisão bibliográfica descritiva que se caracteriza “pelo uso e análise de documentos de domínio científico, tais como livros, teses, dissertações e artigos científicos; sem recorrer diretamente aos fatos empíricos” (Cavalcante & Oliveira, 2020). Contudo, o artigo faz um tangenciamento entre as teorias de Foucault acerca do controle e docilização dos corpos no ambiente hospitalar com a violência obstétrica.

A obra de Michel Foucault, especialmente seus escritos sobre poder, corpo e vigilância, oferece uma análise profunda sobre como as instituições modernas moldam e controlam os indivíduos. Dois conceitos-chave de Foucault que se aplicam diretamente à análise dos hospitais são a **docilização dos corpos** e a **vigilância e controle**. Esses conceitos estão intimamente relacionados ao desenvolvimento do poder disciplinar nas instituições e sua aplicação em espaços como hospitais, que são simultaneamente instituições de cura e de controle.

A pesquisa discute a violência obstétrica como violência de gênero e discute tal violência a partir do espaço do hospital, que foi um espaço de construção de controle sobre os corpos femininos no processo de nascimento, patologizando o processo fisiológico do parto e exigindo docilização e aceitação – elementos que dialogam com o controle das mulheres em seu cotidiano.

A hospitalização da medicina e a medicalização do hospital

Ao analisar a história é possível observar que nos primórdios da humanidade, a medicina nasceu como uma crença e não como uma ciência. O homem em sua fragilidade frente à natureza, às doenças e às demais dificuldades de sua ínfima existência, sentia o medo da morte e tal sentimento o tornou carente de uma forma de proteção sobrenatural, ou seja, uma forma de proteção que ultrapassasse a sua existência. Nesse sentido, as pessoas que detinham conhecimento das virtudes das

plantas e dos venenos dos animais, da mesma forma, aqueles possuidores de faculdades fantásticas (magos, feiticeiros, sacerdotes, bruxas, etc), que podiam convocar os espíritos dos mortos ou de apaziguá-los, eram considerados como dotados de poderes extraordinários. Tais figuras são apresentadas pela história como os primeiros médicos, considerados mediadores entre homens e deuses, que detinham o poder sobre a vida e a morte e a capacidade de curar doenças (Aguiar, 2010).

Pessoas conhecedoras de saberes tradicionais, como curandeiros, erveiras, parteiras, eram consideradas místicas ou bruxas. A autora Nascimento (2018) aponta que, as mulheres buscaram e detinham conhecimento sobre ervas medicinais e técnicas de controle sobre o próprio corpo (como o conhecimento do ciclo menstrual e técnicas para não concepção), por conseguinte, foram perseguidas e acusadas de bruxaria.

Por muito tempo, as práticas medicinais tiveram por base a superstição e o misticismo como meios de lidar com os problemas de saúde e a cura de doenças. Hipócrates, considerado o “pai da medicina ocidental”, foi quem rompeu com a magia e o misticismo, dando à medicina seus primeiros fundamentos de uma ciência racional. A medicina de Hipócrates foi a base para os conhecimentos médicos da Grécia Antiga e em grande parte do Império Romano. No entanto, na Idade Média, com a queda do Império Romano e a ascensão do Cristianismo, houve um afastamento da sociedade do racionalismo, e o homem volta-se para a morte, tendo-a como um castigo ou punição, e assim a sociedade volta a recorrer a rituais de magia ou às orações, levando as práticas medicinais ao descrédito e desprestígio. Além disso, as grandes aglomerações urbanas, somadas às precárias condições de higiene, contribuía para as frequentes epidemias de doenças infecciosas, e a medicina de então pouco podia fazer contra elas, resultando na perda significativa da credibilidade na prática médica (Aguiar, 2010).

Nas primeiras faculdades de medicina, o ensino era majoritariamente teórico, resultando na formação de poucos médicos com experiência prática. Somente no século XV, foi possível o desenvolvimento da anatomia, devido a permissão do Papa Sisto IV para a dissecação em cadáveres humanos, permissão essa que impulsionou o ensino da cirurgia nas escolas médicas. No período da Renascença (pós Idade Média), renova-se as artes e as ciências, fazendo evoluir a ciência médica (Aguiar, 2010).

Antes do século XVIII, a prática médica não era uma medicina hospitalar. “A experiência hospitalar estava excluída da formação ritual do médico ” (Foucault, 1979, p.102). Além disso, era extremamente individualista por parte dos médicos e a

qualificação destes era medida não pelas suas experiências, mas pelas suas transmissões de receitas.

Na Idade Média, o hospital desempenhava o papel de instituição de assistências aos pobres. Não só assistência, mas também a função de separação e exclusão, pois o pobre como doente ou portador de alguma doença de possível contágio, entendia-se ser necessário separá-lo do restante da sociedade para proteger os demais do perigo que ele representava (Foucault, 1979).

Ou seja, pessoas com posses podiam receber em suas residências as visitas dos médicos. Por outro lado, os pobres e excluídos necessitavam ir a locais como os hospitais para buscar qualquer tipo de atendimento. Foucault já aponta aqui uma relação de poder econômica quanto ao acesso aos serviços de saúde no final do século XVII.

No século XVIII, se buscou uma anulação dos efeitos negativos do hospital através da implantação da disciplina (poder disciplinar, com fundamento em Foucault) - uma “nova maneira de gerir os homens, controlar suas multiplicidades, utilizá-las ao máximo e majorar o efeito útil de seu trabalho e sua atividade, graças a um sistema de poder suscetível de controlá-los” (Foucault, 1979, p.61). Para Foucault (1979) Este novo mecanismo de poder apoia-se mais nos corpos e seus atos com forma de dominação, do que na terra e seus produtos.

A medicina também se transformou, por decorrência de uma transformação do saber e práticas médicas, e os hospitais como espaços de controle dos corpos e das doenças, facilitaram a aplicação da disciplina como elemento de poder. A cura passa a ser dirigida por uma intervenção médica, e o nascimento do hospital médico reside no ajuste dos processos de intervenção médica e disciplinarização hospitalar (Foucault, 1987).

A docilização dos corpos é um conceito central na análise de Foucault sobre o poder disciplinar. Em *Vigiar e Punir* (1987), ele descreve como as instituições modernas, como escolas, prisões e hospitais, operam para transformar os corpos dos indivíduos em objetos dóceis e manipuláveis, ajustados a uma série de normas e práticas que regulam seus comportamentos. A docilização não é um processo brutal de submissão direta, mas sim um processo sutil de transformação dos corpos em sujeitos obedientes e controláveis, por meio de um conjunto de técnicas e práticas.

Nos hospitais, essa docilização se dá por meio de rotinas rigorosas e de práticas que objetificam o corpo do paciente. O corpo torna-se um objeto a ser analisado, manipulado e corrigido de acordo com normas médicas e administrativas. O uso de

uniformes padronizados, o controle sobre os movimentos dos pacientes (restrições físicas, como a permanência em camas ou o controle da mobilidade), e a ênfase na conformidade com tratamentos e prescrições médicas, todos contribuem para essa docilização.

Foucault (2006) aponta que o nascimento dos hospitais está diretamente ligado a um processo de sanitização das grandes cidades europeias que sofriam com epidemias e doenças decorrentes de um intenso processo de urbanização sem a adequada estrutura sanitária. Nesse sentido, a partir do século XVIII, ao invés de apenas isolar, o hospital transforma-se numa máquina de cura, por interesse do Estado, para, por meio da medicina, controlar e tornar a saúde e o corpo das classes mais pobres mais aptas ao trabalho e menos perigosas para as classes mais ricas (Zorzanelli & Cruz, 2018).

Foucault (2006) faz emergir dois elementos fundamentais para a hospitalização - 1) otimização da prestação do serviço de saúde pelos médicos em um lugar centralizado, e, portanto, uma reconstrução simbólica para o “lugar” do hospital; 2) a disciplina médica - construção de um saber com regras, metodologias, práticas protocolizadas, entre outros elementos que deveriam ser seguidos.

Segundo Foucault (1979, p.108):

A disciplina hospitalar que terá por função assegurar o esquadrinhamento, a vigilância, a disciplinarização do mundo confuso do doente e da doença, como também transformar as condições do meio em que os doentes são colocados. Se individualizará e distribuirá os doentes em um espaço onde possam ser vigiados e onde seja registrado o que acontece; ao mesmo tempo se modificará o ar que respiram, a temperatura do meio, a água que bebem, o regime, de modo que o quadro hospitalar que os disciplina seja um instrumento de modificação com função terapêutica.

A disciplina nos hospitais, então, para Foucault (1987), se aproxima do panóptico nos presídios e no treinamento militar da vigilância e preparação dos corpos - os doentes passam a ser monitorados, qualquer detalhe passa a ser anotado em documentos, a alimentação é controlada, higiene é realizada obrigatoriamente, medicações são aplicadas independentemente de informações ou autorizações, afinal, o detentor do saber está numa relação de superioridade e é quem determina o que é o melhor para o sujeito.

O hospital já não é mais um ambiente apenas de exclusão dos doentes, mas de controle sanitário, para que as doenças não se multipliquem e cheguem aos nobres. Ainda, num ambiente controlado, é possível analisar e quantificar resultados que funcionam e que não funcionam, tornando possível aos médicos aplicarem sistemas de modelos ou protocolos para casos similares.

Além disso, a hierarquia médica e a divisão do trabalho dentro do hospital (entre médicos, enfermeiros, técnicos e pacientes) também reforçam essa dinâmica. O paciente, muitas vezes, perde a autonomia sobre o seu próprio corpo e passa a ser um sujeito passivo dentro de um sistema de vigilância e disciplina. Ele é examinado, monitorado, tratado e, muitas vezes, "reformado" de acordo com as necessidades da instituição hospitalar e da medicina.

Medicalização como solução de saúde sob a ótica de Foucault: a patologização do nascer

Desde a antiguidade, o parto era considerado um ritual das mulheres. Até o final do século XVIII, as parturientes davam a luz em casa sendo auxiliadas por parteiras. Com a tentativa do controle do evento biológico por parte da obstetrícia, o parto que antes era visto como um evento fisiológico feminino, passa a ser encarado como um evento médico e sai do ambiente familiar para o ambiente hospitalar (Rattner apud Zanardo et al, 2017).

Biologicamente, o corpo da mulher possui características para parir. No entanto, com a instauração do modelo tecnocrático do nascer, o protagonismo de gestantes no parto tem sido roubado. O momento de parir passa a ser visto pelas mulheres como um momento de medo e ameaça à vida. Diante disso, a mulher é levada a crer que não consegue parir sozinha e que cabe ao médico a condução do processo, em outras palavras, observa-se a patologização do nascer e a medicalização como solução de saúde. (Diniz & Chacham, 2006; Zanardo et al., 2017).

O processo de hospitalização dos partos acelerou-se, chegando, ao final do século XX, a quase 90% dos partos no mundo, sendo realizados em hospitais (Rattner apud Zanardo et al, 2017). No Brasil, segundo o DATASUS (2022), atualmente mais de 98% dos nascimentos acontecem em hospitais. Mesmo assim, não é garantia que as mulheres recebam assistência de qualidade. Para muitos médicos, para economizar tempo, não é possível esperar a mulher ter o parto vaginal normalmente, o que tem

resultado num número alarmante de cesáreas e intervenções (episiotomia, manobra de Kristeller, uso de fórceps, etc.) nos partos no Brasil (Zanardo et al, 2017). Assim, as técnicas que deveriam ser utilizadas apenas em casos excepcionais têm virado rotina nos hospitais (Diniz & Chacham, 2006).

Os partos, que durante anos foram realizados por parteiras, num ambiente doméstico, com autonomia, paciência e intimidade, respeitando a fisiologia do processo do nascer, passa a ser hospitalizado, medicado, patologizado - liderado pelo médico, detentor de um saber acadêmico. Diante desse cenário, observa-se que há uma tentativa de domínio sobre os corpos das mulheres em trabalho de parto nos hospitais através da implantação da disciplina hospitalar, é o que Foucault chama de docilização dos corpos, ou seja, por meio do poder-saber na figura do médico, busca-se tornar dócil, submisso, controlável o parir.

Para Foucault (1987, p. 118) um corpo é dócil quando pode ser submetido, utilizado, transformado e aperfeiçoado. Todos estes elementos só se tornam possível por força das disciplinas. “A disciplina fabrica assim corpos submissos e exercitados, corpos “dóceis”. A disciplina aumenta as forças do corpo (em termos econômicos de utilidade) e diminui essas mesmas forças (em termos políticos de obediência).” (Foucault, 1987, p. 119). Foucault (1987) explica que as disciplinas, são os métodos que permitem o controle das operações do corpo, possibilitando submissão e obediência. É o exercício de um domínio sobre o corpo dos outros, para que façam o que se deseja, e com rapidez e eficácia. (Foucault, 1987, p.119-120).

Neste sentido, Foucault (1987) nos faz observar a conexão desta docilização dos corpos com a vigilância. A vigilância é outro conceito central na obra de Foucault (1979), especialmente em relação à formação das sociedades modernas. Foucault (1987) descreve como o poder se caracteriza não apenas pela vigilância física e visível, mas pela criação de um “panóptico” — um sistema em que os indivíduos estão constantemente visíveis e monitorados, mas não sabem quando ou se estão sendo observados, o que leva a um comportamento autorregulado.

Nos hospitais, a vigilância é uma das principais formas de controle. O espaço hospitalar é projetado para garantir que os pacientes estejam sempre sob observação, tanto direta quanto indireta. A estrutura física do hospital, com corredores longos, janelas nos quartos e enfermarias, e a presença constante de profissionais de saúde, cria um ambiente onde os pacientes são continuamente monitorados. O trabalho dos

enfermeiros e médicos, que deve ser constantemente vigiado e registrado, também contribui para essa lógica de controle.

Além disso, a tecnologia no hospital moderna (como sistemas de monitoramento de sinais vitais, câmeras de segurança, e registros eletrônicos de saúde) amplifica a vigilância. O uso de dispositivos de monitoramento, como monitores de pressão arterial ou de batimentos cardíacos, também exemplifica como os corpos são constantemente vigiados e controlados por dispositivos tecnológicos. O "olho" do poder, portanto, está sempre presente, seja em forma humana ou tecnológica.

É o que se observa nos partos realizados em ambiente hospitalar, controla-se o espaço das parturientes - na maioria dos casos elas não têm a faculdade de escolher o local que desejam ou que se sentem mais à vontade para parir, controla-se a posição de parir - colocando a mulher em posição ginecológica que se mostra uma das piores posições para a expulsão, controla-se o tempo do parto. Ou seja, observa-se a tentativa de controlar precisa e integralmente o parir, similarmente aos métodos de controle de Foucault (1987), visando uma docilidade-utilidade dos corpos das parturientes.

O acesso às informações é outro empecilho à autonomia da mulher no momento do nascimento – não lhe são repassadas informações sobre benefícios de determinadas condutas, não sabe que medicamentos está tomando, não sabe como está evoluindo o trabalho de parto, enfim, é reduzida a um objeto que apenas recebe o tratamento decidido por terceiros que detém o “saber”.

Esse tipo de vigilância constante também gera um efeito de autovigilância nos pacientes. Sabendo que estão sendo observados, os pacientes ajustam seu comportamento, muitas vezes em conformidade com as expectativas médicas e sociais do que é considerado um "bom" paciente. Esse mecanismo de autocontrole é uma das formas mais sutis, mas poderosas, de disciplina e normalização, levando à submissão.

A partir deste diálogo com Foucault, pode-se concluir que este controle do parir acaba favorecendo um cenário propagador de violência obstétrica.

Violência obstétrica

Para compreensão do conceito de violência obstétrica faz-se necessário primeiramente conceituar a violência de forma geral e também a violência contra a mulher.

Segundo Minayo e Souza (1998, p. 514) a violência pode ser definida como “ações humanas de indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam a morte de outros seres humanos ou que afetam sua integridade física, moral, mental ou espiritual”. Já a violência contra a mulher abrange diferentes classificações e situações, pois envolve diferentes tipos de violência. Por esse âmbito, é possível perceber que o termo violência contra a mulher é uma categoria que contempla várias formas de configuração, como por exemplo: violência física, sexual, verbal, discriminatória, midiática e psicológica (Gaita & Berezowski, 2023).

É certo que ao longo da vida, as mulheres passam por inúmeras situações de violência e medo, infelizmente, no período gestacional não é diferente. O nascimento de uma nova vida, um momento especial que deveria ser marcado por alegria, apoio, carinho e amor, se transforma em um pesadelo repleto de dor e sofrimento, que marcam uma vida inteira (Gaita & Berezowski, 2023). Tal situação é um exemplo das inúmeras violências que mulheres enfrentam decorrentes de questões de gênero.

Compreender o conceito de violência de gênero e reconhecer sua existência é fundamental para reconhecer a importância das condições femininas e masculinas na promoção da saúde integral. Isso implica em validar as diferenças e desigualdades de gênero e como elas se manifestam na vida das pessoas (Souto, 2008).

A violência de gênero compreende qualquer forma de discriminação ou violência que ocorre com base na diferença da demarcação social e cultural que envolve o sexo biológico e os lugares que se espera que estes sujeitos performem, e que resulta em desigualdade de poder entre os gêneros.

Segundo o CNJ – Conselho Nacional de Justiça (2019), essa forma de violência tem suas raízes em fatores relacionados ao gênero, como na crença na superioridade e privilégio dos homens sobre as mulheres e a perpetuação dos papéis de gênero. A violência de gênero pode ocorrer em todos os aspectos da interação social, tanto em espaços públicos quanto privados, incluindo os serviços de saúde, e pode ser grave a ponto de ser equiparada à tortura ou a tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes

(CNJ, 2019).

As relações de gênero são relações de poder que estão intrínsecas às práticas dos sujeitos. Assim, as agências se conectam com o marcador de sexualidade. Assim, médicos homens, brancos, cisgênero e heterossexuais são a maioria dos atuantes nos hospitais, reproduzindo lógicas de poder econômico, étnico e de gênero.

Saúde, raça, sexualidade, segurança e economicidade são, respectivamente, os princípios de operacionalidade que tornam possíveis os vários modos de assujeitamento das populações, os arranjos e exercícios do poder, segundo as distintas figuras biopolíticas: o poder medical, o poder purificador da raça, o dispositivo de sexualidade, o dispositivo de segurança, o governo econômico. (Farhi Neto, 2010, p.132).

Farhi Neto (2010) dialoga com Foucault (2014), que introduz o conceito de biopoder como uma forma de poder que se exerce sobre a vida — sobre os corpos individuais e sobre as pessoas como um todo (biopolítica). Para Foucault (2014) há um deslocamento do poder que antes decidia "fazer morrer ou deixar viver", para um poder que se articula em torno da "administração da vida": regular nascimentos, controlar doenças, disciplinar os corpos, otimizar a saúde, gerir a sexualidade, etc. E, assim, a biopolítica também utiliza marcadores citados por Farhi Neto (2010), como sexualidade, etnia, economia e, acrescentamos aqui, os gêneros como lugares sociais esperados para a atuação dos sexos.

É também nesse livro que Foucault desenvolve a crítica à chamada "hipótese repressiva" (a ideia de que a sexualidade teria sido reprimida desde o século XVII), argumentando que, ao contrário, a sexualidade foi objeto de um imenso aparato de saber-poder que procurou regulá-la e produzi-la discursivamente.

Embora na realidade contemporânea pessoas não binárias e homens transsexuais possam gestar e também sofrer violência obstétrica, a história desta violência foi se construindo ao longo do tempo com a opressão das mulheres no momento de parir após a medicalização do parto. Por esta razão, tal violência de gênero afeta ainda mais as mulheres em todas as etapas da gravidez e do puerpério, sendo uma materialização da desigualdade de gênero, baseada na identidade das mulheres e em sua possibilidade de gestar.

Nesse sentido, Tesser et al. (2015, p. 2) define a violência obstétrica como:

A expressão “violência obstétrica” (VO) é utilizada para descrever e agrupar diversas formas de violência (e danos) durante o cuidado obstétrico profissional. Inclui maus tratos físicos, psicológicos, e verbais, assim como procedimentos desnecessários e danosos – episiotomias, restrição ao leito no pré-parto, clister, tricotomia e ocitocina (quase) de rotina, ausência de acompanhante – dentre os quais destaca-se o excesso de cesarianas, crescente no Brasil há décadas, apesar de algumas iniciativas governamentais a respeito.

Nota-se que a violência obstétrica não apresenta uma definição única, ela é definida por um conjunto de atitudes como: agressões (verbais, psicológicas, físicas ou sexuais); desrespeito pelas escolhas e direitos da gestante; negligência e/ou condutas excessivas ou desnecessárias ou desaconselhadas (episiotomia, aplicação de ocitocina, manobra de Kristeller, proibição do acompanhante, etc), condutas essas que mostram-se prejudiciais e não têm embasamento científico, realizadas pela equipe médica caracterizam a violência obstétrica (Gaita & Berezowski, 2023).

A informação adequada à gestante pode auxiliar a tomada de decisão consciente. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2018, tradução nossa) as vias de nascimento (ou modos de parto) devem ser decididas com base em critérios clínicos, obstétricos e de saúde pública. As principais vias de nascimento, segundo a OMS (2018, tradução nossa), são: 1. Parto vaginal espontâneo - é o parto que ocorre naturalmente, sem intervenções médicas significativas, pela via vaginal e trabalho de parto iniciado espontaneamente. É o método preferencial e apresenta menor risco de complicações maternas e neonatais. 2. Parto vaginal assistido (ou instrumental) - ocorre por via vaginal, mas com ajuda de instrumentos, como fórceps ou vácuo extrator e é indicado se houver intercorrências na fase final do parto, por exemplo, sofrimento fetal ou exaustão materna. 3. Parto cesáreo (cesariana) - procedimento cirúrgico em que o bebê nasce por uma incisão no abdome e útero da gestante. Pode ser eletivo (agendado previamente) ou de emergência, conforme a situação clínica, porém, deve acontecer apenas quando necessária. 4. Parto vaginal após cesariana (PVAC ou VBAC – Vaginal Birth After Cesarean) - parto vaginal realizado em mulheres que já tiveram uma cesárea anterior. A OMS considera que, com os devidos critérios, o PVAC é seguro para muitas mulheres e pode evitar cesáreas repetidas.

A escolha da via de parto deve ser baseada em evidências clínicas, preferências informadas da mulher, e segurança materno-fetal. Partos normais respeitosos e com

acompanhamento qualificado devem ser a regra, evitando-se intervenções desnecessárias.

Quanto a responsabilidade, cabe ressaltar que os médicos dentro do ambiente hospitalar, segundo o Código Penal brasileiro, têm o dever objetivo de cuidado para com os seus pacientes, no entanto, devido a posição de poder que a figura do médico ocupa no hospital o que se observa na realidade é a quebra de tal dever de cuidado por meio da negligência, violência verbal (tratamento grosseiro, repreensão, ameaças) e violência física (o não alívio da dor e o abuso sexual) (Gaita & Berezowski, 2023).

Segundo Foucault (1987, p.31) poder produz saber, para o autor “poder e saber estão diretamente implicados; que não há relação de poder sem constituição correta de um campo de saber, nem saber que não se suponha e não constitua ao mesmo tempo relações de poder”. Dessa forma, a essência do poder se expressa na produção de desigualdades, violências, em detrimento de verdades objetivas e a relação saber-poder impacta diretamente os corpos de quem se torna alvo de tal poder (Kachenski, 2022, p.201).

Por essa ótica, observa-se que, o saber poder do médico traduz-se na manipulação dos corpos, fazendo deles objetos de saber. Esta relação verticalizada é a visão concreta do que Foucault entende por dinâmica de poder e resistência. Por tal dinâmica, o sujeito pode, eventualmente, questionar e enfrentar a relação que lhe é imposta. Contudo, no momento do parir, as pessoas que gestam encontram-se vulneráveis, num espaço controlado, dependentes de pessoas que caso enfrentadas poderão deixar parturiente e bebê mal assistidos. Assim, neste espaço, não há liberdade nem mesmo para o exercício da resistência.

Outro fator que corrobora para a perpetuação da prática de violência obstétrica no Brasil, é a ausência de tipificação da mesma no Código Penal (Brasil, 2015). Contudo, mesmo que o direito brasileiro não ofereça adequadamente proteção à mulher gestante, à parturiente ou a mulher em estado puerperal, tal omissão não é absoluta, tendo em vista que há muitos projetos de leis sobre o assunto em tramitação na esfera federal, bem como, mesmo que poucas, Leis já vigentes que buscam de alguma forma amparar as gestantes e orientar a conduta médica, como por exemplo a Lei nº11.108/2005, conhecida como Lei do acompanhante e a Lei nº 12.842/2013, conhecida como Lei do Ato Médico (Gaita, Berezowski, 2023).

Ressalta-se que, a Constituição Federal brasileira de 1988, apresenta a dignidade da pessoa humana como um princípio fundamental nos termos do seu artigo 1º. No

ordenamento jurídico brasileiro, os direitos fundamentais são definidos como direitos constitucionais, sendo impostos a todos os poderes constituídos, inclusive ao poder de reforma da Constituição (Mendes & Branco, 2021).

Por esse viés, é válido considerar a violência obstétrica um retrocesso aos direitos humanos já conquistados.

A violência sofrida pelas gestantes, parturientes ou a mulher em estado puerperal encontra terreno fértil na falta de informação e também no medo de perguntar sobre quais procedimentos serão realizados conforme for evoluindo o trabalho de parto. Por conseguinte, essa infeliz situação, pode levá-las a submissão e conformidade, fazendo com que elas aceitem, durante o parto nas instituições de saúde, diversas situações incômodas, desrespeito, abusos, negligência e maus-tratos sem reclamar, ou seja, perdem a autonomia e decisão sobre seus corpos (Zanardo, 2017).

Além disso, há ainda a questão em volta da sexualidade da mulher e o parto. Segundo Diniz e Chacham (2006), no Brasil, um dos principais argumentos utilizados para justificar o uso da episiotomia e a cesárea a de rotina nos hospitais “é de que o parto vaginal torna os músculos vaginais flácidos, comprometendo os atrativos sexuais da mulher” (Diniz, Chacham, 2006, p. 86). No entanto, se as mulheres receberem a assistência adequada e tiverem seus direitos sexuais e reprodutivos respeitados, “a grande maioria das mulheres pode ter um parto vaginal seguro e satisfatório, com melhor tônus vaginal após o parto do que antes dele” (Diniz, Chacham, 2006, p. 86).

Destaca-se que em estudo dos dados epidemiológicos sobre parto cesáreo no Brasil que levou em consideração o período de 2000 a 2023:

[...] a frequência de partos cesáreos no Brasil apresentou um crescimento contínuo, excedendo significativamente as diretrizes da OMS que preconiza uma taxa de cesarianas em torno de 15%. A taxa média observada foi de 50,35%, com destaque para a Região Norte, registrou as maiores taxas, apontando para um crescimento acelerado neste contexto possivelmente ligada a menor acesso à informação e desigualdade. Contrapondo-se, a Região Sudeste exibiu a menor VPA demonstrando um declínio nessa região. A análise dos fatores socioeconômicos e demográficos revelou que as mulheres na faixa etária de 25 a 29 anos e da raça parda foram as mais afetadas por este aumento nas taxas de cesarianas. Estes dados indicam que fatores como idade materna, raça e condições socioeconômicas regionais desempenham um papel significativo nas decisões obstétricas no Brasil. (Ferreira et. al., 2025, p. 13)

De acordo com o estudo de Ferreira et. al. (2025), estados com índice de desenvolvimento humano mais baixos acabam tendo maiores taxas de realização de cesárea. Podemos conectar estes dados com a falta de informação livre para a tomada de decisão consciente das parturientes, bem como à insegurança de sofrer violências. A expectativa quando há cesárea é inexistência de dor, e as mulheres acabam construindo um imaginário de inexistência de violência - quando a intervenção cirúrgica desnecessária é em si uma violência.

Nesse sentido, faz-se de grande importância que as gestantes tomem conhecimento dos seus direitos, como por exemplo o acompanhante garantido por lei. Além disso, ainda durante o período da gestação, tenham acesso à orientação sobre o processo e as etapas do trabalho de parto, também das formas de violência contra a mulher gestante, parturiente ou em estado puerperal, de forma que caso sejam vítimas reconheçam a violência e possam ter meios de se proteger nesse período de vulnerabilidade.

Foucault (1979) nos lembra que o poder não é apenas repressivo, mas relacional. Isso significa que os pacientes, embora muitas vezes passivos no processo de cuidado, não são simplesmente vítimas de poder. Eles podem resistir de várias maneiras, seja através de pequenas subversões do regime hospitalar, de questionamentos às normas médicas, ou até mesmo de formas mais explícitas de resistência.

Além disso, a própria medicina e a institucionalização da saúde podem ser vistas como produtos de um processo histórico em que práticas de cuidado e cura foram transformadas em mecanismos de controle social. Nesse sentido, o hospital não é apenas um local de cura, mas também um dispositivo do Estado e das estruturas sociais para regular e disciplinar a população. O controle sobre os corpos, através de diagnósticos, tratamentos, e intervenções médicas, é uma forma de exercer poder sobre a vida, transformando-a em algo gerenciável e normatizado.

Ou seja, conhecer seu próprio corpo, fomentar um letramento sobre reprodução, vias de nascimento e fisiologia do parto, empoderar pessoas que gestam para suas escolhas são ferramentas para combater a violência obstétrica. Assim como incluir o respeito à autonomia das pessoas que gestam é um elemento necessário na formação dos agentes de saúde como boas práticas no atendimento. É possível observar que a violência obstétrica é uma forma de violência institucional, fruto da transição do parto realizado por parteiras no conforto do lar para o parto no hospital realizado por médicos.

O parto no hospital deixa de ter o papel de apenas minimizar os riscos e salvar a vida das gestantes e seus bebês e passa a ser objeto de controle dos médicos, que utilizam da modernidade tecnológica para potencializar o tempo de duração do parto (Gaita, Berezowski, 2023).

A humanização do parto é um movimento de retorno à autonomia das mulheres, à despatologização e concepção fisiológica do nascer. O ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente) garante à gestante o direito a um parto natural cuidadoso e a um acompanhamento saudável durante a gravidez. A Lei 14.721/2023, que altera o ECA, assegura assistência psicológica gratuita às mulheres gestantes, parturientes e puérperas, após avaliação e indicação de profissional de saúde. O ECA também prevê a importância da atenção primária no pré-natal, a vinculação da gestante ao local do parto no último trimestre e o direito de opção da mulher.

Importante ressaltar também os princípios da humanização do atendimento de saúde pelo Sistema Único de Saúde, que, em contraposição às relações de poder que Foucault nos faz enxergar, busca a realização de acompanhamentos que envolvam a produção de si e a produção do mundo, das diferentes realidades sociais, ou seja, econômicas, políticas, institucionais e culturais (2010). A gestão do SUS deve prezar pela autonomia dos sujeitos (HumanizaSUS, 2010).

Foucault em sua última obra passa a estudar o papel das resistências ao poder nas lutas contra a dominação (étnicas, sociais, religiosas), lutas contra as formas de exploração e nas lutas que levantam a questão do estatuto do indivíduo (Branco, 2001).

Observa-se desde meados de 1990, um crescente apoio de ONGs, e iniciativas governamentais que apoiam a mudança da assistência à maternidade no Brasil (Diniz; Chacham, 2006).

Considerando as resistências ao poder de Foucault, em analogia, considera-se que o movimento de humanização do parto é uma forma de resistência, uma luta contra a dominação. Segundo as autoras Diniz e Chacham (2006, p. 88) “a expressão “humanização do parto” refere-se, no Brasil, ao respeito e promoção dos direitos da mãe e da criança à assistência baseada em evidências, incluindo segurança, eficácia e satisfação”.

A OMS (apud Unicef, 2021), valoriza o parto como um processo fisiológico, que a mulher deve ter a liberdade de viver da sua maneira a experiência de nascimento de seus filhos, além disso, propõe a não intervenção, salvo se necessária e que a tecnologia seja utilizada de forma apropriada. O parto vaginal, realizado de forma humanizada e

respeitosa, também observa os processos hormonais inerentes ao nascimento de uma criança, além disso, favorece uma rápida recuperação após o nascimento. Ainda, são recomendações da OMS, durante o parto, pode a parturiente alimentar-se e ingerir líquidos à vontade, bem como escolher a posição que mais se sentir confortável durante o trabalho de parto (Unicef, 2021).

As recomendações da OMS confrontam diretamente o controle do parir exercido pelas instituições de saúde, decorrente da implantação da disciplina nos hospitais apresentados por Foucault.

O processo de humanização do parto, faz o parir aos poucos voltar a ser um ritual de mulheres, uma das possibilidades de cuidado como estratégia de assistência humanizada é o acompanhamento, dentro do período perinatal da gestante, por uma doula, a figura que antes era denominada: parteira. A presença da doula no parto proporciona à parturiente tranquilidade, segurança e acolhimento, cabe destacar que a doula não substitui o acompanhante, mas complementa o papel desempenhado por ele e pela equipe técnica (Unicef, 2021).

Nesse sentido, enxergar o parto como um processo fisiológico e prestar a assistência adequada sem intervenções desnecessárias, respeitando o tempo e as escolhas da mulher, é uma forma de mudar a concepção do parto como uma patologia e retornar ao protagonismo do parir, a mulher.

Considerações finais

É evidente que, a violência obstétrica nas instituições de saúde decorre da tentativa de controle sobre os corpos por meio da disciplina, objetiva-se o controle de todas as etapas do parto retirando a autonomia das mulheres sobre seus próprios corpos. A medicalização e a patologização do parto contribui para a continuidade dessa assistência inadequada e desrespeitosa ao parto, pois atribui o protagonismo deste evento à figura do médico e não mais à mulher, que entende seu próprio corpo melhor que qualquer pessoa.

A gestação é um momento único na vida de uma mulher, que proporciona um misto de sentimentos de alegria e também angústia e medo, principalmente com relação ao momento do parto. Nesse sentido, há necessidade de promover mudanças na assistência ao trabalho de parto no Brasil. Além disso, observa-se que a grande maioria

das mulheres, não têm conhecimento dos seus direitos, o que contribui para a perpetuação de tais práticas desumanas no processo de trabalho de parto.

O parto é um processo fisiológico e não uma patologia e para garantir um parto humanizado às parturientes, faz-se necessário que primeiramente a mulher retorne ao protagonismo do parir, e consequentemente, ao protagonismo da vida e de si mesma - já que toda a violência institucional de gênero que é a violência obstétrica é decorrente da retirada da autonomia da mulher no seu viver.

Ainda, é necessário que a assistência adequada seja prestada à mulher, que ela seja orientada dos seus direitos e que tenha liberdade de escolha, seja da via de parto, seja da forma como se sinta mais confortável para parir.

Portanto, a análise de Foucault sobre a docilização dos corpos e a vigilância e controle nos hospitais colabora com a compreensão sobre como as instituições médicas não só tratam da saúde, mas também funcionam como mecanismos de regulação e normalização dos corpos e comportamentos dos indivíduos, favorecendo um espaço de reiteração de violências obstétricas.

O hospital, como espaço de poder, disciplinamento e vigilância, modela os corpos dos pacientes de acordo com normas e expectativas estabelecidas pela sociedade e pela medicina. A vigilância contínua e a docilização dos corpos, embora necessárias para a eficiência do cuidado, também revelam as formas sutis e complexas de controle que moldam a vida dos indivíduos dentro dessa instituição.

Conclui-se que, faz-se necessário um letramento de pessoas que gestam para que possam exercer sua autonomia e parir com segurança e humanização.

Embora a tipificação penal da violência obstétrica seja uma opção para punir os eventuais agressores, tal medida não será suficiente sem a orientação às mulheres e demais pessoas que gestam sobre seus direitos sexuais e reprodutivos. Gestante tendo consciência dos seus direitos, com auxílio de plano de parto, poderá colaborar com o questionamento da relação Foucaultiana de poder e resistência que se reproduz nos ambientes hospitalares.

Referências

AGUIAR, Eurico de. **Medicina:** uma viagem ao longo do tempo. 2010. Disponível em: <http://www.livrosgratis.com.br/ler-livro-online-124108/medicina-uma-viagem-ao-longo-do-tempo>. Acesso em: 20 de maio de 2024.

BRANCO, Guilherme Castelo. As resistências ao poder em Michel Foucault. **Trans/Form/Ação**, 24: 237-248. 2001. Disponível em: [SciELO Brasil - As resistências ao poder em Michel Foucault As resistências ao poder em Michel Foucault](#) Acesso em: 18 de setembro de 2024

BRASIL. **Decreto-Lei nº 2.848**, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Brasília, DF: Presidência da República [1991]. Disponível em: [DEL2848compilado](#) Acesso em: 4 de junho de 2024.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil** de 1988. Brasília, DF: Presidência da República [2023]. Disponível em: [Constituicao-Compilado](#) Acesso em: 20 de setembro de 2024.

BRASIL. **HumanizaSUS:** Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 4. ed. 4. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Lei nº 11.108**, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, DF: Presidência da República [2005]. Disponível em: [Lei nº 11.108](#) Acesso em: 4 de junho de 2024.

BRASIL. **Lei nº 12.842**, de 10 de julho de 2013. Dispõe sobre o exercício da Medicina. Brasília, DF: Presidência da República [2013]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12842.htm. [L12842](#) Acesso em: 4 de junho de 2024.

BRASIL. Lei 14.721/2023, de 08 de novembro de 2023. Altera os arts. 8º e 10 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para ampliar a assistência à gestante e à mãe no período da gravidez, do pré-natal e do puerpério. [LEI Nº 14.721, DE 08 DE NOVEMBRO DE 2023 | Jusbrasil](#) Acesso em: 4 de junho de 2024.

BRASIL. DATASUS (2022). Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. Disponível em: BRASIL <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em: 30 de janeiro de 2024

CAVALCANTE, Livia Teixeira Canuto; OLIVEIRA, Adélia Augusta Souto de. Métodos de revisão bibliográfica nos estudos científicos. **Psicol. rev. (Belo Horizonte)**. Belo Horizonte, v. 26, n. 1, p. 83-102, abr. 2020. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682020000100006&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 16 de setembro de 2024.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Recomendação Geral nº 35:** sobre violência de gênero contra as mulheres do Comitê para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (CEDAW). Brasília: CNJ, 2019. 34 p.

DINIZ, Simone G.; CHACHAM, Alessandra S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões de Saúde Reprodutiva**, vol.1, nº1, 2006, p.1681-1685. Disponível em: [ReP USP - Detalhe do registro: O corte por cima e o corte por baixo: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Pau](#) Acesso em: 30 de janeiro de 2024

FARHI-NETO, Leon. Biopolítica como tecnologia de poder. **Interthesis**. Florianópolis, v.5, jan-jul, 2008, pp. 47-65. In FARHI-NETO, Leon. Biopolítica: as formulações de Foucault. Florianópolis: Cidade futura, 2010.

FERREIRA, K. C. *et al.* Cesarianas no Brasil: uma análise epidemiológica das tendências e seus fatores determinantes (2000 – 2023). **Revista Contemporânea**, 5(1), 2025, e7338. [CESARIANAS NO BRASIL: UMA ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DAS TENDÊNCIAS E SEUS FATORES DETERMINANTES \(2000 – 2023\) | Revista Contemporânea](#) Acesso em: 30 de janeiro de 2024

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**; organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal. 1979. Disponível em: [Microfísica do Poder](#)

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**: uma arqueologia do olhar médico. Tradução de Vera Porto Carrero. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

FOUCAULT, Michel **Vigiar e punir**: nascimento da prisão; tradução de Raquel Ramalhete. Petrópolis: Vozes. 1987.

GAITA, Franciele Soares; BEREZOWSKI, Maria Leonice da Silva. Violência obstétrica sob a ótica do Direito Penal brasileiro. **Revista Vertentes Do Direito**, 10(2), 2023, p. 93 - 125. Disponível em: [VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA SOB A ÓTICA DO DIREITO PENAL BRASILEIRO – DOAJ](#) Acesso em 28 de junho de 2024.

KACHENSKI, Iverson Custódio. Foucault e o controle dos corpos pela linguagem: os caminhos da biopolítica contemporânea no saber-poder médico. **Kínesis**, Vol. XIV, nº 36, 2022, p. 198-216. Disponível em: [FOUCAULT E O CONTROLE DOS CORPOS PELA LINGUAGEM: OS CAMINHOS DA BIOPOLÍTICA CONTEMPORÂNEA NO SABER-PODER MÉDICO | Kínesis - Revista de Estudos dos Pós-Graduandos em Filosofia](#) Acesso em: 3 de abril de 2024.

MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de Direito Constitucional**. Rio de Janeiro: Grupo GEN. 2021.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edinilsa Ramos. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde**. Manguinhos, IV (3), 1998, p. 513 - 531. [SciELO Brasil - Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva](#) **Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva** Acesso em 04 de junho de 2024.

NASCIMENTO, Monique Batista do. **Caça às bruxas, a história do presente: uma abordagem sobre o controle do corpo feminino**. 2018. 14 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado Interdisciplinar em Ciências Humanas), Universidade Federal de Juiz de Fora. 2018. Disponível em: [Microsoft Word - MONIQUE BATISTA DO NASCIMENTO.docx](#) Acesso em: 28 jun. 2024.

TESSER, Charles Dalcanale *et al.* Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 35, 2015, p. 1–12. Disponível em: [Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer | Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade](#). Acesso em: 28 jun. 2024.

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Assistência ao parto e nascimento: uma agenda para o século 21**. Brasília: UNICEF, ReHuNa, 2021. 148 p. Disponível em: [assistencia-ao-parto-e-nascimento-uma-agenda-para-o-seculo-21.pdf](#) Acesso em: 20 de setembro de 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: **WHO**, 2018. Disponível em: [WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience](#) Acesso em: 26 maio 2025.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho *et al.* Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & sociedade**, v. 29, 2017, p. 1- 11. [SciELO Brasil - VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL: UMA REVISÃO NARRATIVA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL: UMA REVISÃO NARRATIVA](#) Acesso em 30 de janeiro de 2024.

ZORZANELLI, Rafaela Teixeira; CRUZ, Murilo Galvão Amancio. O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970. **Interface: comunicação, saúde e educação**, 22 (66), 2018, p. 721 - 731. Disponível em: [SciELO Brasil - O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970 O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970](#) Acesso em: 22 de janeiro de 2024.